

ANEXO IV

MODELO DE REQUERIMENTO PARA PESSOA COM DEFICIÊNCIA E/OU NECESSIDADES ESPECIAIS

O (A) candidato(a) _____,

CPF nº _____, Inscrição nº _____.

Concorrendo ao cargo de _____.

No **Concurso Público do Conselho Regional de Farmácia do Estado do Tocantins, Edital nº 01/2015**, vem requerer vaga especial como PESSOA COM DEFICIÊNCIA. Nessa ocasião, o(a) referido(a) candidato(a) apresentou LAUDO MÉDICO com a respectiva Classificação Internacional de Doenças (CID-10), no qual constam os seguintes dados:

Tipo de deficiência que possui: _____.

Código correspondente do (CID-10): _____.

Nome e número de registro no Conselho Regional de Medicina (CRM) do médico responsável pelo laudo:

_____.

OBSERVAÇÃO: não serão considerados como deficiência os distúrbios de acuidade visual passíveis de correção simples, tais como, miopia, astigmatismo, estrabismo e congêneres.

Ao assinar este requerimento, o(a) candidato(a) declara sua expressa concordância em relação ao enquadramento de sua situação, nos termos do Decreto nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004, publicado no *Diário Oficial da União* de 03 de dezembro de 2004, especialmente no que concerne ao conteúdo do item 7 do **Edital nº 01/2015 do Concurso Público do Conselho Regional de Farmácia do Estado do Tocantins**, sujeitando-se à perda dos direitos requeridos em caso de não homologação de sua situação, por ocasião da realização da perícia médica.

REQUERIMENTO DE PROVA ESPECIAL E/OU DE TRATAMENTO ESPECIAL

Dados para aplicação de prova especial: marcar com um X no quadrado, caso necessite, ou não, de prova especial e/ou tratamento especial. Em caso positivo, discriminar o tipo de prova e/ou necessidade.

NÃO HÁ NECESSIDADE DE PROVA ESPECIAL E/OU DE TRATAMENTO ESPECIAL.

HÁ NECESSIDADE DE PROVA ESPECIAL E/OU DE TRATAMENTO ESPECIAL.

Todas as solicitações de atendimento especial serão atendidas segundo os critérios de viabilidade e de razoabilidade.

_____, _____ de _____ de 2015.

Assinatura do(a) Candidato(a)