



ELEIÇÃO DO CONSELHO TUTELAR DE ANANINDEUA
RESOLUÇÃO N° 13/2013
FORMULÁRIO DE PORTADOR DE DEFICIÊNCIA

Nome do Candidato:	Nº de Inscrição
Cargo:	
Endereço:	
Bairro:	Telefones:
CEP:	CIDADE/UF:
Qual a sua deficiência? _____	
Preencher e assinar este formulário, e, anexar a este formulário o laudo médico, original ou cópia autenticada, atestando a espécie e o grau ou nível de deficiência, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doença – CID (Decreto nº 3.298/99), entrega-lo até 25/10/2013, na sede do COMDICA, sito no Conjunto Cidade Nova II, Travessa WE 20, nº 221, Coqueiro. Ponto de referência: atrás do Colégio Ideal. Telefone/Fax: (91) 3245-1081, excetuando-se os sábados, domingos e feriados. Solicitações posteriores serão indeferidas.	
Precisará de atendimento diferenciado durante a realização da prova objetiva/redação ? SIM (<input type="checkbox"/>) NÃO (<input type="checkbox"/>)	
Se você respondeu SIM, a pergunta anterior, quais as condições diferenciadas de que necessita para a realização da prova. _____ _____	
Precisa de tempo adicional para realização das provas? SIM (<input type="checkbox"/>) NÃO (<input type="checkbox"/>) Caso tenha respondido SIM , deverá anexar cópia da justificativa de parecer emitido por especialista da área de sua deficiência.	
Nome e Assinatura do(a) Candidato(a) ou do Responsável pelas informações acima. Nome Completo (por extenso) do candidato ou do responsável _____ Assinatura do candidato ou do responsável _____, _____ / _____ / _____	