



PREFEITURA MUNICIPAL DE PARAUAPEBAS
CONCURSO PÚBLICO - Edital N.º 001/2009
FORMULÁRIO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Nome do Candidato: _____

Nº de Inscrição: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

Telefone: _____

CEP: _____

Cidade/UF: _____

Qual a Qualificação da Deficiência? _____

Enviar por carta registrada este formulário e uma cópia do laudo médico, original ou cópia simples, atestando a espécie e o grau ou nível de sua deficiência, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doença – CID-10, conforme definido no subitem 3.3 do Edital n° 01/2009/PMP.

Precisa de atendimento diferenciado durante a realização da prova? SIM () NÃO ()

Se você respondeu SIM, quais as condições diferenciadas de que necessita para a realização da prova.

Precisa de tempo adicional para realização das provas? SIM () NÃO ()

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

_____, ____ / ____ / 2009