CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO PARÁ
Autarquia Federal - Lei 5.905/73
Filiado ao Conselho Internacional de Enfermagem - Genebra

CONCURSO PÚBLICO - EDITAL N° 01/2013/COREN-PA
FORMULÁRIO DE PORTADOR DE DEFICIÊNCIA

Nome do Candidato: **Cargo:**	**Nº de Inscrição**

Endereço:	
Bairro: **CEP:** **CIDADE/UF:**	**Telefones:**

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), e, enviá-los pelos correios, no período de 05/04/2013 a 17/05/2013, através de carta registrada, à Comissão Executora do Concurso do Coren-PA/Fadesp (Documentos PcD), Rua Augusto Corrêa, s/n, *Campus* Universitário da UFPA, Guamá, Belém-Pará, CEP 66075-110. **Solicitações posteriores serão indeferidas**.

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

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 ( )** **NÃO ( )**

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

_____ , _____/_____/_____