



CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS
DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

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

Nome do Candidato: Cargo:	N° de Inscrição
--	------------------------

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 () 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

_____, ____/____/____