



Fundação de Amparo e Desenvolvimento da Pesquisa

**CONCURSO PÚBLICO DA CMM
EDITAL Nº 01/2011/CMM
FORMULÁRIO DE PORTADOR DE NECESSIDADES ESPECIAIS**

Nome do Candidato	Nº de Inscrição
--------------------------	------------------------

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

Qual a Qualificação da 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 06/09/2011 a 07/10/2011, através de carta registrada, à Comissão Executiva do Concurso da CMM – 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

_____ , _____ / _____ / _____