



Fadesp

Fundação de Amparo e Desenvolvimento da Pesquisa

**PROCESSO SELETIVO PÚBLICO DA PMP
EDITAL N° 01/2012/ACS/PMP
FORMULÁRIO DE PORTADOR DE DEFICIÊNCIA**

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

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

Qual a Qualificação da Deficiência? _____

Preencher e assinar este formulário, e, anexar o laudo médico atestando a **espécie e o grau ou nível de deficiência, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doença – CID** (Decreto n° 3.298/99), e, enviá-los por fax (91) 4005-7433 até 18/05/2012, à Comissão Executora do Processo Seletivo de Parauapebas. – FADESP (Documentos PcD)..

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

_____ , _____ / _____ / _____