



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:	Nº de Inscrição
Cargo:	
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 nº 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 _____, _____ / _____ / _____	