

**CONCURSO PÚBLICO DA PREFEITURA DE SANTA IZABEL DO PARÁ**  
**EDITAL N° 01/2014/PMSIP/ACS-ACE**  
**FORMULÁRIO DE PORTADOR DE DEFICIÊNCIA**

<b>Nome do Candidato:</b>  <b>Cargo:</b>	<b>N° de Inscrição</b>
--	------------------------

<b>Endereço:</b>	
<b>Bairro:</b>  <b>CEP:</b>	<b>Telefones:</b>
<b>CIDADE/UF:</b>	

**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 n° 3.298/99)**, e, envia-lo a Fadesp, Rua Augusto Corrêa, s/n, *Campus* Universitário da UFPA, Guamá, Belém-Pará, CEP 66075-110, no período das inscrições. **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

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_