



**CONCURSO PÚBLICO DA COSANPA 2017
EDITAL N° 01/2017/COSANPA
FORMULÁRIO DE PORTADOR DE DEFICIÊNCIA**

Nome do Candidato: Cargo:
--

Endereço:	Telefones:
Bairro:	
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 n° 3.298/99), e, enviá-los pelos correios, no período das inscrições, através de carta registrada, à Comissão Executiva do Concurso da COSANPA- FADESP (Documentos PcD), Rua Augusto Corrêa, s/n, <i>Campus</i> Universitário da UFPA, Guamá, Belém-Pará, CEP 66075-110. .
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 _____, ____/____/____
--