Fadesp
Fundação de Amparo e Desenvolvimento da Pesquisa

CONCURSO PÚBLICO DA PREFEITURA DE TUCURUÍ
EDITAL N° 01/2019/PMT
FORMULÁRIO DE PORTADOR DE DEFICIÊNCIA

Nome do Candidato:

Cargo:

CPF:

Endereço:

Bairro:

CEP: **CIDADE/UF:**

Telefones:

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 nº 3.298/99), e, enviá-los pelos correios, no período das inscrições, através de carta registrada, à Comissão Executora do Concurso da PMT – FADESP (Documentos PcD), Rua Augusto Corrêa, s/n, *Campus* 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

_____ , _____/_____/_____