



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ALTO PIQUIRI

Rua Santos Dumont, 315 – Fone/Fax: (44) 3656-8000 – Cx. Postal 141 - CEP: 87580-00
Estado do Paraná

ANEXO IV

FORMULARIO DE REQUEIRMRNTO DE VAGA PARA CANDIDATO COM DEFICIÊNCIA

À Guilst Concursos

DADOS DO CANDIDATO

NOME:

CARGO/FUNÇÃO PRETENDIDO:

Nº DA IDENTIDADE:

Conforme o item 4.1 do Edital de **Processo Seletivo 0001/2018** do Município de **Alto Piquiri/PR**, embasado no art. 37, VIII da Constituição Federal, Lei nº 7.853/1989 e Decreto n.º 3.298/1999, venho requerer reserva de vaga a candidato com deficiência, apresentando laudo médico com CID em anexo, conforme deficiência abaixo:

Física Auditiva Visual
 Mental Múltipla Outra: _____

Necessita de condições especiais para a realização da prova? Sim Não

Qual? _____

Pede deferimento

Alto Piquiri/PR. ____ de _____ de 2018.

Assinatura do Requerente