**CONCURSO PÚBLICO DA PREFEITURA DE ITAITUBA**
**EDITAL N° 01/2013/PMI**
**FORMULÁRIO DE PORTADOR DE DEFICIÊNCIA**

| | |
|---|---|
| **Nome do Candidato:**<br><br>**Cargo:** | **Nº de Inscrição** |

| | |
|---|---|
| **Endereço:** | |
| **Bairro:**<br><br>**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 **Prefeitura de Itaituba** – FADESP (Documentos PcD), Rua Augusto Corrêa, s/n, *Campus* Universitário da UFPA, Guamá, Belém-Pará, CEP 66075-110. **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

_____ , _____/_____/_____