



RUA MONSENHOR JACOB
SEGER, 186, CENTRO
CEP: 95940-000.

ANEXO IV - MODELO DE REQUERIMENTO - PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

CONCURSO PÚBLICO Nº 001/2023 – PREFEITURA MUNICIPAL DE ARROIO DO MEIO/RS – EDITAL Nº 001/2023

Nome do candidato: _____

Nº da inscrição: _____ Cargo: _____

RG nº: _____ CPF nº: _____

Tel.: fixo: () _____ Celular: () _____

E-mail: _____

Vem **REQUERER** vaga especial como **PESSOA COM DEFICIÊNCIA**. Apresentou LAUDO MÉDICO com CID. (colocar os dados abaixo, com base no laudo):

Tipo de deficiência de que é portador: _____

Código correspondente da Classificação Internacional de Doença - CID: _____

Nome do Médico Responsável pelo laudo: _____

(OBS.: Não serão considerados como deficiência os distúrbios de acuidade visual passíveis de correção simples do tipo miopia, astigmatismo, estrabismo e congêneres).

(Datar e assinar)

Assinatura