

**ANEXO IV DO EDITAL Nº. 004/2019 – FME
PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO**

SOLICITAÇÃO – CANDIDATO COM DEFICIÊNCIA E/OU NECESSIDADES ESPECIAIS

NOME DO(A) CANDIDATO(A):			
INSCRIÇÃO:			
DOCUMENTO DE IDENTIDADE:		CPF:	
EMAIL:		FONE:	DDD ()
CARGO PRETENDIDO:			
CÓD. DO CARGO:			

DEFICIÊNCIA DECLARADA:	CID:

NOME DO MÉDICO QUE ASSINA O LAUDO/ATESTADO EM ANEXO:	NÚMERO DO CRM:

Justificativa :

ATENÇÃO:

Esta Declaração e o respectivo LAUDO MÉDICO/ATESTADO deverão ser entregues juntamente com a ficha de inscrição à Comissão responsável pelo certame.

_____, _____ de _____ de 2019.

Assinatura do/a Candidato/a