



ANEXO III

FORMULÁRIO PARA REQUERIMENTO DE ATENDIMENTO ESPECIAL PARA PESSOA COM DEFICIÊNCIA - PCD

NOME:	
RG:	CPF:
Tipo de deficiência:	
Requeiro junto ao Núcleo de Concursos e Promoção de Eventos – NUCEPE, as seguintes condições especiais:	
-	
-	
-	
-	
-	
-	
para que possa realizar as provas do Processo Seletivo da Fundação Municipal de Saúde - FMS.	

Nestes termos,
guardo deferimento.

_____, ____/____/2015.

Assinatura

ATENÇÃO: ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER IMPRESSO E ENVIADO JUNTAMENTE COM A DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA NO SUBITEM 2.13. em suas alíneas a), b), e c).