

ANEXO IV

**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,
aguardo deferimento.

_____, ____ / ____ / 2017.

Assinatura

**ATENÇÃO: ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER IMPRESSO E ENVIADO JUNTAMENTE COM A
DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA NO SUBITEM 2.8. em suas alíneas a), b), c) e d).**