

ANEXO III

FORMULÁRIO PARA REQUERIMENTO DE ATENDIMENTO ESPECIAL PARA  
PORTADORES DE DEFICIÊNCIA

NOME:	
RG:	CPF:
Tipo de deficiência:	
Requeiro junto ao Núcleo de Concursos e Promoção de Eventos – NUCEPE, as seguintes condições especiais:	
-	
-	
-	
-	
-	
-	
-	
para que eu possa realizar as provas do Processo Seletivo de Residência Médica – 2015	

Nestes termos,

Aguardo deferimento.

Teresina(PI), \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ 2015.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do candidato