

ANEXO IV

FORMULÁRIO PARA REQUERIMENTO DE ATENDIMENTO ESPECIAL PARA PCD

NOME:	
RG:	CPF:
Tipo de deficiência:	
Requeiro junto ao Núcleo de Concursos e Promoção de Eventos – NUCEPE, as seguintes condições especiais:	
-	
-	
-	
-	
-	
-	
-	
para realizar as provas do Processo Seletivo de Residência Médica – 2017	

Nestes termos,

Aguardo deferimento.

Teresina (PI), ____/ ____/ 2017.

Assinatura do candidato