



GOVERNO FEDERAL
GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA
SAÚDE/MS/ME
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS – HGV
MATERNIDADE DONA EVANGELINA ROSA – MEDER
HOSPITAL INFANTIL LUCÍDIO PORTELLA - HILP
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUÍ – UESPI



ANEXO V

FORMULÁRIO PARA REQUERIMENTO DE ATENDIMENTO ESPECIAL PARA LACTANTES

NOME CANDIDATA:			
Nº INSCRIÇÃO	CARGO:	RG:	CPF:
TELEFONE FIXO:		CELULAR:	
ENDEREÇO:			
EMAIL:			
NOME DO(A) ACOMPANHANTE:			
RG:	CPF:		
Vem REQUERER atendimento especial para amamentação, em sala reservada, no dia da realização da Prova Escrita Objetiva do Processo Seletivo.			
- OBSERVAÇÃO: Durante a realização da prova, a candidata deverá levar um(a) acompanhante, que ficará em sala reservada, e que será responsável pela guarda da criança. Não haverá compensação do tempo de amamentação em favor da candidata.			

Teresina (PI), ____ de _____ de 2018.

ASSINATURA