

ANEXO IV

FORMULÁRIO PARA REQUERIMENTO DE ATENDIMENTO ESPECIAL PARA LACTANTES

PROCESSO SELETIVO PARA OS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA 2018/2019 – EDITAL 001.2018.		MUNICIPIO CA: TERESINA
NOME CANDIDATA:		
Nº INSCRIÇÃO:	RG:	CPF:
TELEFONE FIXO:	CELULAR:	
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 para os Programas de Residência Médica 2018/2019 – Edital 001.2018.		
IMPORTANTE: 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.		

Nestes termos,

Aguardo deferimento.

_____, _____ de _____ de _____

Cidade(UF)

Assinatura da Requerente