

ANEXO V
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 2020/2021. | |

Nestes termos, Aguardo deferimento.

Teresina (PI), ___/_____/ 2020.

Assinatura do(a) candidato(a)