

ANEXO I

Declaração de Pessoa com Deficiência

REQUERIMENTO DE VAGA POR COTA DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA (PCD)

O(A) candidato(a) _____, portador do n.º CPF _____, que concorre ao Edital de Seleção do Processo Seletivo vem requerer vaga especial como PESSOA COM DEFICIÊNCIA.

Nessa ocasião, o(a) referido candidato(a) apresentou o LAUDO MÉDICO com a respectiva Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), no qual constam os seguintes dados:

Tipo de deficiência que é portador: _____.

Código correspondente da (CID) : _____.

Nome e CRM do médico responsável pelo laudo: _____.

OBSERVAÇÃO: Não serão considerados como deficiência os distúrbios de acuidade visual passíveis de correção simples, tais como miopia, astigmatismo, estrabismo e congêneres.

Ao assinar este requerimento, o (a) candidato(a) declara sua expressa concordância em relação ao enquadramento de sua situação, nos termos do Decreto Federal nº 3.298/1999 com alterações introduzidas pelo Decreto nº 5.296/2004, sujeitando-se à perda dos direitos requeridos em caso de não homologação de sua situação por ocasião da realização do exame médico admissional.

REQUERIMENTO DE PROVA E/OU DE TRATAMENTO ESPECIAL

Será necessário prova especial e/ou tratamento especial? Não Sim – marque o tipo de tratamento especial

1. Necessidades físicas:

Mesa para cadeira de rodas

Apoio para perna

2. Auxílio para preenchimento (dificuldade/impossibilidade de escrever)

da prova escrita

3. Necessidades visuais (deficiente visual ou com pessoa de baixa visão)

Auxílio na leitura da prova (ledor)

Prova ampliada (fonte entre 14 e 16)

4. Necessidades auditivas (perda total ou parcial da audição)

Intérprete de LIBRAS (Língua Brasileira de Sinais)

Governador Valadares, _____ de _____ de _____.

Assinatura do candidato (a)

ATENÇÃO: ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER IMPRESSO, PREENCHIDO E DIGITALIZADO PARA SER ENVIADO JUNTAMENTE COM O ATESTADO MÉDICO, CONFORME PREVISTO NO EDITAL, NO ÍTEM 7.4.