



**ESTADO DE SANTA CATARINA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SERRA ALTA**

www.serraalta.sc.gov.br

E-mail: administracao@serraalta.sc.gov.br

**ANEXO III**

**FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO DE VAGA PARA  
CANDIDATOS PORTADORES DE DEFICIÊNCIA**

**DADOS DO CANDIDATO**

Nome:

Cargo/função pretendido:

N.º da Identidade:

De acordo com o Item 3.1 do Edital de **Processo Seletivo 002/2018** do **Município de Serra Alta (SC)**, embasado no art. 37, VIII da Constituição Federal e Lei n.º 7.853 de 24 de outubro de 1989, venho requerer reserva de vaga a candidato portador de deficiência, apresentando laudo médico com CID em anexo, conforme deficiência abaixo:

Física

Auditiva

Visual

Mental

Múltipla

Outra: \_\_\_\_\_

Necessita de condições especiais para a realização da prova?  Sim  Não

Qual? \_\_\_\_\_

Pede Deferimento.

Serra Alta (SC), \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Requerente**