



ESTADO DE SANTA CATARINA

MUNICÍPIO DE SERRA ALTA

Av. Dom Pedro II, 830 – Fone (49) 3364-0092

ANEXO III

FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO DE VAGA PARA
CANDIDATOS PORTADORES DE DEFICIÊNCIA

DADOS DO CANDIDATO

Nome:

Cargo/função pretendido:

N.º da Inscrição:

De acordo com o Item 3.1 do Edital de **Processo Seletivo 002/2015** 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?
Qual?

Sim Não

Pede Deferimento.

Serra Alta (SC), _____ de _____ de 20_____.

Assinatura do Requerente