



ANEXO V – REQUERIMENTO DE RESERVA DE VAGAS PARA CANDIDATO COM DEFICIÊNCIA E/OU CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA REALIZAÇÃO DA PROVA

IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO			
Nome			
RG		Órgão Expedidor	
CPF		Fone	()
Cargo Pretendido			
Nº de Inscrição			
E-mail			

Deseja participar da reserva de vagas destinadas a candidatos portadores de deficiência, conforme previsto no Decreto Federal nº 3.298/1999?

() Não () Sim

Tipo de Deficiência:

() Física () Auditiva () Visual () Mental () Múltipla

Necessita de condições especiais para realização da(s) prova(s)

() Não () Sim

Em caso positivo, favor especificar:

_____, ____ de ____ de ____.

Assinatura do Candidato