



# PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARACI

Rua Washington Correa da Silva, 856 - Fone/Fax: (17) 3285-9999 - CEP 15420-000 - GUARACI - SP  
CNPJ.: 46.596.318.0001-88

## CONCURSO PÚBLICO Nº 01/2014

### ANEXO I

### DECLARAÇÃO PARA CANDIDATO PORTADOR DE DEFICIÊNCIA

Dados do candidato:

NOME:	
INSCRIÇÃO:	RG:
CARGO:	
ENDEREÇO:	
TELEFONE:	CELULAR:

DEFICIÊNCIA DECLARADA:	CID
------------------------	-----

NOME DO MÉDICO QUE ASSINA O LAUDO EM ANEXO	NÚMERO DO CRM
--	---------------

<b>NECESSITA DE CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA REALIZAÇÃO DA PROVA? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</b>	
<input type="checkbox"/> SALA DE FÁCIL ACESSO (ANDAR TÉRREO COM RAMPA) <input type="checkbox"/> MESA PARA CADEIRANTE <input type="checkbox"/> LEDOR <input type="checkbox"/> PROVA EM BRAILE <input type="checkbox"/> PROVA COM FONTE AMPLIADA - FONTE TAMANHO: _____ <input type="checkbox"/> INTERPRETE DE LIBRAS <input type="checkbox"/> OUTRA.	QUAL? _____

**ATENÇÃO:** A declaração e o respectivo Laudo Médico devem ser encaminhados para a empresa Gerencial Assessoria Técnica Especializada Ltda., localizada na Rua Bernardino de Campos, nº 1001, Sala 1002, Bairro Higienópolis, Ribeirão Preto/SP, CEP 14015-130, até o último dia do período de inscrição, identificando o nome do Concurso, no envelope: Concurso Público – Prefeitura Municipal de Guaraci/SP – Ref: Portador de Deficiência, com os documentos comprobatórios.

Guaraci/SP, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do candidato