



# 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

## PROCESSO SELETIVO Nº 02/2014

### ANEXO I

### DECLARAÇÃO PARA CANDIDATO PORTADOR DE DEFICIÊNCIA

Dados do candidato:

<b>NOME:</b>			
<b>INSCRIÇÃO:</b>		<b>RG:</b>	
<b>CARGO:</b>			
<b>ENDEREÇO:</b>			
<b>TELEFONE:</b>		<b>CELULAR:</b>	

<b>DEFICIÊNCIA DECLARADA:</b>	<b>CID</b>
<b>NOME DO MÉDICO QUE ASSINA O LAUDO EM ANEXO</b>	<b>NÚMERO DO CRM</b>
<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: Processo Seletivo – Prefeitura Municipal de Guaraci/SP – Ref: Portador de Deficiência, com os documentos comprobatórios.

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

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