



**ESTADO DE SANTA CATARINA
MUNICÍPIO DE BOM JESUS DO OESTE**

Av. Nossa Senhora de Fátima, 120 CEP 89.873-000
Fone/Fax: (0 **49) 3363 0200 / 3363 0201 / 3363 0041
CNPJ 01.594.009/0001-30

ANEXO III

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

À Alternative Concursos

DADOS DO CANDIDATO

Nome:

Cargo/função pretendido:

N.º da Identidade:

De acordo com o Item 3.1 do Edital de **Processo Seletivo 001/2018** do **Município de Bom Jesus do Oeste (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.

Bom Jesus do Oeste (SC), _____ de _____ de 20____.

Assinatura do Requerente