



ESTADO DE SANTA CATARINA
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JESUS DO OESTE
Avenida Nossa Senhora de Fátima, 120 CEP 89.873-000
Fone/Fax: (0 ** 49) 363 0200 / 0201/ 0041
CNPJ 01.594.009/0001-30

ANEXO III

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

À Alternative Concursos Ltda

DADOS DO CANDIDATO	
Nome:	
RG:	CPF:
Cargo/função pretendido:	
N.º da Inscrição:	

De acordo com o Item 3.1 do Edital de Processo Seletivo 001/2012 da Prefeitura Municipal 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 2012.

Assinatura do Requerente