



**ESTADO DE SANTA CATARINA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SERRA ALTA**

www.serraalta.sc.gov.br

E-mail: administracao@serraalta.sc.gov.br

ANEXO III

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

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 Serra Alta (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.

Serra Alta (SC), _____ de _____ de 20_____.

Assinatura do Requerente