ESTADO DE SANTA CATARINA
MUNICIPIO 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/emprego pretendido:

N.º da Identidade:

De acordo com o Item 3.1 do Edital de **Processo Seletivo 001/2021** do **Município de Bom Jesus do Oeste (SC)**, embasado no art. 37, VIII da Constituição Federal e Lei n.° 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