**­­­ANEXO IV**

**EDITAL 001/2019 – CONCURSO PÚBLICO 001/2019**

**REQUERIMENTO DE DESEMPATE – CONDIÇÃO DE JURADO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| * 1. **CÂMARA MUNICIPAL DE URUBICI** | | | | |
| Nome do Candidato: | | | | N.º de Inscrição: |
| Cargo Pretendido: | | | | |
| **DADOS CADASTRAIS** | | | | |
| Mãe: | | | | |
| Data do Nascimento: | | | | |
| Naturalidade: | | Estado: | | |
| N.º filhos: | Sexo: | Estado Civil: | | |
| Endereço Residencial: | | | N.˚: | |
| Cidade: | | Estado: | | |
| CPF: | | Fone: | | |
| Carteira de Identidade: | | Órgão Expedidor: | | |
| E-mail: | | | | |

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, venho **REQUERER** que, em caso de aprovação, restando empatado, haja preferência no critério de desempate pela condição de jurado (conforme Art. 440, Código de Processo Penal). Para tanto, seguem anexos, nos termos deste Edital, os documentos que comprovam essa condição.

Urubici/SC,\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2019 .

Assinatura do candidato

**ANEXO V**

**EDITAL 001/2019 – CONCURSO PÚBLICO 001/2019**

**REQUERIMENTO - PESSOAS COM DEFICIÊNCIA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| * 1. **CÂMARA MUNICIPAL DE URUBICI** | | | | |
| Nome do Candidato: | | | | N.º de Inscrição: |
| Cargo Pretendido: | | | | |
| **DADOS CADASTRAIS** | | | | |
| Mãe: | | | | |
| Data do Nascimento: | | | | |
| Naturalidade: | | Estado: | | |
| N.º filhos: | Sexo: | Estado Civil: | | |
| Endereço Residencial: | | | N.˚: | |
| Cidade: | | Estado: | | |
| CPF: | | Fone: | | |
| Carteira de Identidade: | | Órgão Expedidor: | | |
| E-mail: | | | | |

( ) Vem **REQUERER** vaga especial como **PESSOA COM DEFICIÊNCIA**. Apresentou LAUDO MÉDICO com CID. (colocar os dados abaixo, com base no laudo):

Tipo de deficiência de que é portador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Código correspondente da Classificação Internacional de Doença - CID: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome do Médico Responsável pelo laudo e CRM:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(OBS.: Não serão considerados como deficiência os distúrbios de acuidade visual passíveis de correção simples do tipo miopia, astigmatismo, estrabismo e congêneres).

Nestes Termos,

Espera Deferimento.

Urubici/SC, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2019 .

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Candidato

**ANEXO VI**

**EDITAL 001/2019 – CONCURSO PÚBLICO 001/2019**

**REQUERIMENTO – ATENDIMENTO ESPECIAL**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| * 1. **CÂMARA MUNICIPAL DE URUBICI** | | | | |
| Nome do Candidato: | | | | N.º de Inscrição: |
| Cargo Pretendido: | | | | |
| **DADOS CADASTRAIS** | | | | |
| Mãe: | | | | |
| Data do Nascimento: | | | | |
| Naturalidade: | | Estado: | | |
| N.º filhos: | Sexo: | Estado Civil: | | |
| Endereço Residencial: | | | N.˚: | |
| Cidade: | | Estado: | | |
| CPF: | | Fone: | | |
| Carteira de Identidade: | | Órgão Expedidor: | | |
| E-mail: | | | | |

**Declaro**, para os devidos fins, e para que surta os efeitos legais que:

- A necessidade especial que possuo não me impossibilita de exercer as atribuições do cargo acima mencionado;

- Fico impedido de usufruir da condição de portador de necessidades especiais para, posteriormente, requerer readaptação ou aposentadoria.

**Informo**, ainda, as condições de atendimento especial que necessita para realização das provas:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Urubici/SC, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 2019.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Candidato

**ANEXO VII**

**EDITAL 001/2019 – CONCURSO PÚBLICO 001/2019**

**REQUERIMENTO DE ISENÇÃO DE TAXA DE INSCRIÇÃO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| * 1. **CÂMARA MUNICIPAL DE URUBICI** | | | | |
| Nome do Candidato: | | | | N.º de Inscrição: |
| Cargo Pretendido: | | | | |
| **DADOS CADASTRAIS** | | | | |
| Mãe: | | | | |
| Data do Nascimento: | | | | |
| Naturalidade: | | Estado: | | |
| N.º filhos: | Sexo: | Estado Civil: | | |
| Endereço Residencial: | | | N.˚: | |
| Cidade: | | Estado: | | |
| CPF: | | Fone: | | |
| Carteira de Identidade: | | Órgão Expedidor: | | |
| E-mail: | | | | |

Vem requerer isenção de pagamento de taxa de inscrição do Concurso Público 001/2019, nos termos da Lei Estadual nº 17.457/2018, de 10 de janeiro de 2018, conforme previsto na Seção V do Capitulo II deste Edital (001/2019).

Urubici/SC, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2019.

Assinatura do candidato