# ANEXO IV

# REQUERIMENTO - PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

**EDITAL Nº 001/2020 – CONCURSO PÚBLICO Nº 001/2020**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| * 1. **PREFEITURA MUNICIPAL DE CHAPADÃO DO LAGEADO** | | | | |
| 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(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.

Chapadão do Lageado, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de2020.

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

Assinatura do Candidato

# ANEXO V

# REQUERIMENTO – ATENDIMENTO ESPECIAL

**EDITAL Nº 001/2020 – CONCURSO PÚBLICO Nº 001/2020**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| * 1. **PREFEITURA MUNICIPAL DE CHAPADÃO DO LAGEADO** | | | | |
| 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:

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

Chapadão do Lageado, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de2020.

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

Assinatura do Candidato

ANEXO VI

# REQUERIMENTO DE DESEMPATE – CONDIÇÃO DE JURADO

**EDITAL Nº 001/2020 – CONCURSO PÚBLICO Nº 001/2020**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| * 1. **PREFEITURA MUNICIPAL DE CHAPADÃO DO LAGEADO** | | | | |
| 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.

Chapadão do Lageado/SC,\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2020 .

Assinatura do candidato

# ANEXO VII

# FORMULÁRIO PROVA DE TÍTULOS

**EDITAL Nº 001/2020 – CONCURSO PÚBLICO Nº 001/2020**

|  |  |
| --- | --- |
| * 1. **PREFEITURA MUNICIPAL DE CHAPADÃO DO LAGEADO** | |
| Nome do Candidato: | N.º de Inscrição: |
| Cargo Pretendido: | |

**QUADRO DE ATRIBUIÇÕES DE PONTOS PARA A AVALIAÇÃO DE PROVA DE TÍTULOS:**

**CARGO: PROFESSORES**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DOCUMENTOS ENTREGUES** | | |
| **Código** | **Nome do Título** | **Nº de Folhas** |
| 01 | Diploma e histórico Escolar de Nível Superior |  |
| 02 | Diploma e histórico de Pós Graduação (*Lato Sensu*) |  |
| 03 | Diploma e histórico de Pós Graduação (*Stricto Sensu*) |  |
| **Total de folhas** | |  |

Chapadão do Lageado/SC........de ..............................de 2020.

Ao assinar, concordo que li o **Anexo III**, referente à Avaliação de Títulos, bem como todo o Edital e concordo com as regras nela exposta.

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

Assinatura do Candidato

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **USO RESTRITO DA ATENA ASSESSORIA EDUCACIONAL** | | | | | |
| **Data** | **Nº de Folhas** | **Pontos Títulos** | | **Peso** | **Nota** |
|  |  |  | |  |  |
| **Observação:** | | | | | |
| **Assinatura avaliador** | | |  | | |

# ANEXO VIII

**EDITAL Nº 001/2020 – CONCURSO PÚBLICO Nº 001/2020**

# REQUERIMENTO DE ISENÇÃO DE TAXA DE INSCRIÇÃO

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| * 1. **PREFEITURA MUNICIPAL DE CHAPADÃO DO LAGEADO** | | | | |
| 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: | | | | |

Tipo de Isenção:

( ) Doador de Sangue/Medula

Vem requerer isenção de pagamento de taxa de inscrição do Concurso Público nº 001/2020, nos termos da Lei Estadual nº 17.457/2018, de 10 de janeiro de 2018, conforme previsto na Seção V do Capítulo II deste Edital nº 001/2020.

Chapadão do Lageado/SC,\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de2020.

Assinatura do candidato