# ANEXO V

# REQUERIMENTO - PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

**EDITAL 001/2020 – PROCESSO SELETIVO 006/2020**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| * 1. **PREFEITURA MUNICIPAL DE IBIRAMA** | | | | |
| 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.

Ibirama, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2020.

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

Assinatura do Candidato

# ANEXO VI

# REQUERIMENTO – ATENDIMENTO ESPECIAL

**EDITAL 001/2020 – PROCESSO SELETIVO 006/2020**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| * 1. **PREFEITURA MUNICIPAL DE IBIRAMA** | | | | |
| 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:

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

Ibirama, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2020.

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

Assinatura do Candidato

# ANEXO VII

# REQUERIMENTO DE DESEMPATE – CONDIÇÃO DE JURADO

**EDITAL 001/2020 – PROCESSO SELETIVO 006/2020**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| * 1. **PREFEITURA MUNICIPAL DE IBIRAMA** | | | | |
| 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.

Ibirama/SC,\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2020 .

Assinatura do candidato

# ANEXO VIII

**FORMULÁRIO PROVA DE TÍTULOS - PROFESSORES**

**EDITAL 001/2020 – PROCESSO SELETIVO 006/2020**

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

**QUADRO DE ATRIBUIÇÕES DE PONTOS PARA A AVALIAÇÃO DE PROVA DE TÍTULOS - PROFESSORES**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DOCUMENTOS ENTREGUES** | | |
| **Código** | **Nome do Título** | **Nº de Folhas**  **Digitalizadas** |
| 01 | Certificado de conclusão de curso de Pós Graduação em nível de mestrado e/ou doutorado na Área específica, e ou, da Educação. |  |
| 02 | Certificado de conclusão de curso de Pós Graduação em nível de especialização na Área específica, e ou, da Educação. |  |
| 03 | Certificado ou declaração de conclusão de curso do curso superior específico para qual se inscreveu; |  |
| 04 | Certificado de Ensino Médio com habilitação Magistério. |  |
| 05 | Certificado de frequência por fase cursada no curso superior específico em qual o candidato se inscreveu. |  |
| 06 | Curso de Aperfeiçoamento na área de atuação. Serão validados cursos realizados a partir de Janeiro de 2019. (Máximo 200 horas) |  |
| **Total de folhas** | |  |

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

Ibirama/SC........de ..............................de 2020.

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

Assinatura do Candidato

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