

**ANEXO IV DO EDITAL Nº. 004/2019 – FME  
PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO**

**SOLICITAÇÃO – CANDIDATO COM DEFICIÊNCIA E/OU NECESSIDADES ESPECIAIS**

NOME DO(A) CANDIDATO(A):			
INSCRIÇÃO:			
DOCUMENTO DE IDENTIDADE:		CPF:	
EMAIL:		FONE:	DDD ( )
CARGO PRETENDIDO:			
CÓD. DO CARGO:			

DEFICIÊNCIA DECLARADA:	CID:

NOME DO MÉDICO QUE ASSINA O <u>LAUDO/ATESTADO EM ANEXO</u> :	NÚMERO DO CRM:

Justificativa :

---

---

---

**ATENÇÃO:**

Esta Declaração e o respectivo LAUDO MÉDICO/ATESTADO deverão ser entregues juntamente com a ficha de inscrição à Comissão responsável pelo certame.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

\_\_\_\_\_  
*Assinatura do/a Candidato/a*