



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO LUIS
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO
GABINETE DA SECRETÁRIA

ANEXO IV - REQUERIMENTO PARA ATENDIMENTO DIFERENCIADO OU COMPROVAÇÃO DA DEFICIÊNCIA DE QUE SE DECLARA PORTADOR

REQUERIMENTO

Processo Seletivo Nº 02/2023

Candidato:

CPF:

Telefone:

E-mail:

Solicita por meio desse documento:

Comprovar ser portador de deficiência conforme laudo médico em anexo (o laudo deve atestar a espécie e o grau ou nível da deficiência, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doenças – CID, bem como a provável causa da deficiência).

Solicitar disponibilização de atendimento diferenciado para fazer as provas do referido Processo Seletivo conforme laudo ou atestado médico em anexo.

Descreva qual atendimento diferenciado será requerido:

Solicitar atendimento diferenciado para gestante/lactante.

Descreva qual atendimento diferenciado será requerido:

Confirmo a veracidade das informações fornecidas.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do (a) Candidato (a)