

**Anexo II – DECLARAÇÃO DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA
REQUERIMENTO DE VAGA POR COTA DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA (PCD)**

O(A) candidato(a) _____, portador do n.º CPF _____, que concorre ao Edital ___/2010 do Concurso Público vem requerer vaga especial como PESSOA COM DEFICIÊNCIA.

Nessa ocasião, o(a) referido candidato(a) apresentou o LAUDO MÉDICO com a respectiva Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), no qual constam os seguintes dados:

Tipo de deficiência que é portador:_____.

Código correspondente da (CID):_____.

Nome e CRM do médico responsável pelo laudo:_____.

OBSERVAÇÃO: Não serão considerados como deficiência os distúrbios de acuidade visual passíveis de correção simples, tais como miopia, astigmatismo, estrabismo e congêneres.

Ao assinar este requerimento, o (a) candidato(a) declara sua expressa concordância em relação ao enquadramento de sua situação, nos termos do Decreto n.º5.296, de 2 de dezembro de 2004, publicado no Diário Oficial da União, de 03 de dezembro de 2004, sujeitando-se à perda dos direitos requeridos em caso de não-homologação de sua situação por ocasião da realização da perícia médica.

REQUERIMENTO DE PROVA E/OU DE TRATAMENTO ESPECIAL

Será necessário prova especial e/ou tratamento especial? Não Sim – marque o tipo de tratamento especial

1. Necessidades físicas:

() Necessidade de amamentação (candidata que tiver necessidade de amamentar seu bebê)

() Sala térrea (dificuldade para locomoção)

() Sala individual (candidato com doença contagiosa/outras)

() Mesa para cadeira de rodas

() Apoio para perna

1.1. Auxílio para preenchimento (dificuldade/impossibilidade de escrever)

() da Grade de respostas da prova objetiva

2. Necessidade visuais (deficiente visual ou com pessoa de baixa visão)

() Auxílio na leitura da prova (ledor)

() Prova ampliada (fonte entre 14 e 16)

3. Necessidades auditivas (perda total ou parcial da audição)

() Intérprete de LIBRAS (Língua Brasileira de Sinais)

Nº da inscrição: _____

Cargo da inscrição: _____

Canoas-RS, _____ de _____ de 2010.

Assinatura do candidato (a)

ATENÇÃO: ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER IMPRESSO E ENVIADO JUNTAMENTE COM O ATESTADO MÉDICO, CONFORME PREVISTO NO EDITAL.