

ANEXO II

MODELO DE REQUERIMENTO DE VAGA PARA CANDIDATO COM DEFICIÊNCIA

O (a) candidato (a) \_\_\_\_\_, inscrito no CPF sob o n.º \_\_\_\_\_, com inscrição nº \_\_\_\_\_ no PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO para a contratação da função \_\_\_\_\_, regido pelo Edital Retificado nº 001/2021, do PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO para o quadro de pessoal da SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO DE LUZIÂNIA-GO, vem requerer vaga especial como PESSOA COM DEFICIÊNCIA.

Nessa ocasião, o(a) referido(a) candidato(a) apresentou 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: \_\_\_\_\_.

Código correspondente da (CID): \_\_\_\_\_.

Nome e CRM do médico responsável pelo laudo: \_\_\_\_\_.

Dados especiais para aplicação das PROVAS: marcar com X no quadrículo, caso necessite de Prova Especial ou não. Em caso positivo, discriminar o tipo de prova **necessária**.

( ) **NÃO NECESSITA** de PROVA ESPECIAL e/ou de ATENDIMENTO ESPECIAL.

( ) **NECESSITA** de PROVA ESPECIAL e/ou de ATENDIMENTO ESPECIAL.

Especificar: \_\_\_\_\_.

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.º 5.296, de 2 de dezembro de 2004, publicado no Diário Oficial da União, de 3 de dezembro de 2004, especialmente no que concerne ao conteúdo do item 3 do Edital, sujeitando-se à perda dos direitos requeridos em caso de não-homologação de sua situação, por ocasião da realização da perícia médica.

\_\_\_\_\_  
Local e data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do candidato