



ANEXO VI
FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE ATENDIMENTO ESPECIAL PARA REALIZAÇÃO DA PROVA
EDITAL N° 001/2022 – Setor: Secretaria de Saúde

Candidato:		
Endereço (Rua, n°, complemento):		
Bairro:	Cidade / Estado:	CEP:
Telefone:		CPF n°:
E-mail:		
Número de inscrição:	Função pública:	Código da Função pública:

Solicito conforme subitem 8.9 e/ou subitem 13.14.1 do Edital n° 001/2022 do Processo Seletivo da Prefeitura Municipal de São Geraldo do Baixo – MG, providências necessárias para que seja concedido Atendimento Especial para realização da prova.

- Sala de mais fácil acesso **Prova ampliada*** Auxílio para transcrição
 Ledor Lactante Intérprete de Libras

Outro - conforme especificação a seguir:

Obs.: * Caso marque prova ampliada, será necessário especificar o tamanho da fonte.

Se Pessoa com deficiência, especificar a deficiência e o código do CID:

Declaro estar ciente dos termos do Edital n° 001/2022 do Processo Seletivo da Prefeitura Municipal de São Geraldo do Baixo - MG, que minha solicitação será atendida se enquadrar na categoria especificada.

_____, ____ de _____ de 2022.

Assinatura do Candidato