**EDITAL Nº. 001/2018 - CONCURSO PÚBLICO DA UNIÃO DAS CÂMARAS MUNICIPAIS DO ESTADO DO PIAUÍ –AVEP.**

**ANEXO IV- REQUERIMENTO DE VAGA COMO PORTADOR DE NECESSIDADES ESPECIAIS**

O(A)candidato(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF n.° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, candidato(a) à seleção para provimento de vagas para o cargo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_regido pelo Edital n.° 001/2017 vem requerer vaga especial como PORTADOR DE NECESSIDADES ESPECIAIS. 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 de 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.° 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 5 deste edital, 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 ESPECIAL E(OU) DE TRATAMENTO ESPECIAL**  |

Marque com um X no quadrado correspondente caso necessite, ou não, de prova especial e (ou) de tratamento especial.

**NÃO** HÁ NECESSIDADE DE PROVA ESPECIAL E(OU) DE TRATAMENTO ESPECIAL

 **HÁ** NECESSIDADE DE PROVA E(OU) DE TRATAMENTO ESPECIAL

|  |  |
| --- | --- |
| 1. No quadro a seguir, selecionar o tipo de prova e(ou) o tratamento especial necessário(s). n**ecessidades físicas:**

( ) sala para amamentação (candidata que tiver necessidade de amamentar seu bebê) ( ) sala térrea (dificuldade para locomoção) (\_\_) sala individual (candidato com contagiosa/outras) ( ) maca ( ) mesa para cadeira de rodas ( ) apoio para perna * 1. **Mesa e cadeiras separadas**

( ) gravidez de risco ( ) obesidade ( ) limitações físicas  | * 1. **Auxílio para preenchimento:**

( ) dificuldade/ impossibilidade de escrever)as respostas da prova objetiva.**1.3. Auxílio para leitura (ledor)** ( ) dislexia ( ) tetraplegia1. **Necessidades visuais (cego ou pessoa com baixa visão)**

( ) auxílio na leitura da prova (ledor) ( ) prova em braille e ledor ( ) prova ampliada (fonte entre 14 e 16) ( ) prova superampliada (fonte 28) 1. **Necessidades auditivas (perda total ou parcial da audição)**

( ) intérprete de LIBRAS (Língua Brasileira de Sinais) ( ) leitura labial  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2018

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do(a) candidato