



**ESTADO DE SANTA CATARINA
MUNICÍPIO DE SUL BRASIL**

CNPJ: 95 990 107/0001-30

ANEXO III

**FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO DE VAGA PARA
CANDIDATOS PORTADORES DE DEFICIÊNCIA**

DADOS DO CANDIDATO

Nome:

Cargo/função pretendido:

N.º da Inscrição:

De acordo com o Item 3.1 do Edital de Processo Seletivo 002/2015 do **Município de Sul Brasil (SC)**, embasado no art. 37, VIII da Constituição Federal e Lei n.º 7.853 de 24 de outubro de 1989, venho requerer reserva de vaga a candidato portador de deficiência, apresentando laudo médico com CID em anexo, conforme deficiência abaixo:

Física

Auditiva

Visual

Mental

Múltipla

Outra: _____

Necessita de condições especiais para a realização da prova?
Qual?

Sim Não

Pede Deferimento.

Sul Brasil (SC), _____ de _____ de 20_____.

Assinatura do Requerente