



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 Divisópolis – 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 Divisópolis - MG, que minha solicitação será atendida se enquadrar na categoria especificada.

_____, ____ de _____ de 2022.

Assinatura do Candidato