



ANEXO VI
FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE ATENDIMENTO ESPECIAL PARA REALIZAÇÃO DA PROVA
EDITAL Nº 002/2024 – Setor: Secretaria de Saúde

Candidato:		
Endereço (Rua, nº, complemento):		
Bairro:	Cidade / Estado:	CEP:
Telefone:		CPF nº:
E-mail:		
Número de inscrição:	Função pública:	Código da Função pública:

Solicito conforme subitem 8.9 e/ou subitem 13.13.1 do Edital Nº 002/2024 do Processo Seletivo da Prefeitura Municipal de Ibirapuã– BA, 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 Nº 002/2024 do Processo Seletivo da Prefeitura Municipal de Ibirapuã- BA, que minha solicitação será atendida se enquadrar na categoria especificada.

_____, ____ de _____ de 2024.

Assinatura do Candidato