



Prefeitura Municipal de Lavrinhas

Estado de São Paulo

Paço Municipal, nº 200 – Centro – Lavrinhas/SP – Tel: (12) 3146-1110 CEP: 12.760-000

CNPJ: 45.200.029/0001-55

ANEXO IV

REQUERIMENTO DE RESERVA DE VAGA PARA PORTADORES DE DEFICIÊNCIAS.

Eu, _____

Candidato a Função de _____

Número de inscrição no Processo Seletivo: _____

Portador RG nº: _____, Órgão: _____,

UF _____ Data de expedição: ____/____/____, Sexo: _____

E-mail: _____

Telefone para contato: _____, desejo participar da reserva de vagas destinadas a candidatos portadores de deficiência, conforme previsto no Edital do Processo Seletivo nº 01/2024 da Prefeitura de Lavrinhas, e envio o **laudo** Médico original, emitido há menos de seis meses, constando o CID da minha deficiência.

Necessita de condições especiais para realização da provas?

() NÃO

() SIM

Em caso positivo, especificar



Prefeitura Municipal de Lavrinhas

Estado de São Paulo

Paço Municipal, nº 200 – Centro – Lavrinhas/SP – Tel: (12) 3146-1110 CEP: 12.760-000

CNPJ: 45.200.029/0001-55