



# Prefeitura Municipal de Lavrinhas

Estado de São Paulo

Paço Municipal, n° 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 ao cargo de Médico PSF

Número de inscrição \_\_\_\_\_

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 Concurso Público 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