



Estado de Santa Catarina  
Município de São Miguel da Boa Vista



### ANEXO III

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

À Alternative Concursos

### DADOS DO CANDIDATO

Nome: \_\_\_\_\_

Cargo/função pretendido: \_\_\_\_\_

N.º da Identidade: \_\_\_\_\_

De acordo com o Item 3.1 do Edital de **Processo Seletivo 001/2021** do **Município de São Miguel da Boa Vista (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?  Sim  Não

Qual? \_\_\_\_\_

Pede Deferimento.

São Miguel da Boa Vista (SC), \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Requerente