



ANEXO IV

DECLARAÇÃO PARA CANDIDATO COM DEFICIÊNCIA

Dados do candidato:

NOME:			
INSCRIÇÃO:		RG:	
FUNÇÃO PÚBLICA:			
TELEFONE:		CELULAR:	

CANDIDATO(A) POSSUI DEFICIÊNCIA?	-SIM	-NÃO
Se sim, especifique a Deficiência: _____		
Nº do CID: _____		
Nome do médico que assina do Laudo: _____		
Nº do CRM: _____		

ATENÇÃO: Esta declaração e a cópia do respectivo Laudo Médico deverão ser anexados a esta Declaração.

Schroeder, _____ de _____ de 2021.

Assinatura do(a) candidato(a)