



CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS
DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

ELEIÇÃO DO CONSELHO TUTELAR DE ANANINDEUA
RESOLUÇÃO N° 006/2015
FORMULÁRIO DE PORTADOR DE DEFICIÊNCIA

Nome do Candidato: Cargo:	N° de Inscrição
--	------------------------

Endereço:	Telefones:
Bairro:	
CEP: CIDADE/UF:	

Qual a sua deficiência? _____

Preencher e assinar este formulário, e, anexar a este formulário o laudo médico, original ou cópia autenticada, atestando a **espécie e o grau ou nível de deficiência, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doença – CID** (Decreto nº 3.298/99), entrega-lo até 01/07/2015, na sede do COMDICA, sito no Conjunto Cidade Nova II, Tv. WE 21, nº 32b, Coqueiro, ao lado CREA/PA, quase em frente ao colégio Impacto, fone: (91) 9.8215-4845 (Sra. Sônia). **Solicitações posteriores serão indeferidas.**

Precisará de atendimento diferenciado durante a realização da prova objetiva/redação ?
SIM () NÃO ()

Se você respondeu SIM, a pergunta anterior, quais as condições diferenciadas de que necessita para a realização da prova.

Precisa de tempo adicional para realização das provas? SIM () NÃO ()

Caso tenha respondido **SIM**, deverá anexar cópia da justificativa de parecer emitido por especialista da área de sua deficiência.

Nome e Assinatura do(a) Candidato(a) ou do Responsável pelas informações acima.

Nome Completo (por extenso) do candidato ou do responsável

Assinatura do candidato ou do responsável

_____, ____/____/____