



PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO 02/2020

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE RESERVA DE VAGAS PARA PESSOA COM  
DEFICIÊNCIA

À COMISSÃO ORGANIZADORA DE CONCURSOS

|   |             |
|---|-------------|
| <b>IDENTIFICAÇÃO DO(A) CANDIDATO(A)</b> |             |
| Nome:                                   |             |
| Inscrição:                              | CPF:<br>RG: |
| Emprego Público Temporário Pretendido:  |             |
| Fone:                                   |             |
| E-mail:                                 |             |

**Deseja participar da reserva de vagas destinadas a candidatos(a) com deficiência, conforme previsto no Decreto Federal n.º 3.298/1999**

Não  Sim

Tipo da Deficiência:  Física  Auditiva  Visual  Mental  Múltipla

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Candidato(a)