 

ANEXO IV

EDITAL DO PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO 02/2021 FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE RESERVA DE VAGAS PARA PESSOA COM

DEFICIÊNCIA

À COMISSÃO ORGANIZADORA DE CONCURSOS

|  |
| --- |
| **IDENTIFICAÇÃO DO(A) CANDIDATO(A)** |
| **Nome:** |
| **Inscrição: CPF:**  **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)

17

Consórcio Intermunicipal de Saúde Costa Oeste do Paraná

Rua Rodrigues Alves,1437 - TOLEDO – PR CEP 85903-500 - CNPJ 73.449.977/0001-64

[**http://www.ciscopar.com.br**](http://www.ciscopar.com.br/) - Fone (45) 3252-3524 / 3277-7800