

**ANEXO IV DO EDITAL DO PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO 01/2020
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)