



Prefeitura Municipal de Lavrinhas

Estado de São Paulo

Paço Municipal, n° 200 – Centro – Lavrinhas/SP – Tel: (12) 3146-1110 CEP: 12.760-000

CNPJ: 45.200.029/0001-55

ANEXO IV

REQUERIMENTO DE RESERVA DE VAGA PARA PORTADORES DE DEFICIÊNCIAS.

Eu, _____

Candidato a Função de _____

Número de inscrição no Processo Seletivo: _____

Portador RG nº: _____, Órgão: _____,

UF _____ Data de expedição: ____/____/____, Sexo: _____

E-mail: _____

Telefone para contato: _____, desejo participar da reserva de vagas destinadas a candidatos portadores de deficiência, conforme previsto no Edital do Processo Seletivo nº 01/2024 da Prefeitura de Lavrinhas, e envio o **laudo** Médico original, emitido há menos de seis meses, constando o CID da minha deficiência.

Necessita de condições especiais para realização da provas?

() NÃO () SIM

Em caso positivo, especificar

Lavrinhas, _____ de fevereiro de 2024

(Assinatura do candidato)