



Prefeitura Municipal de Areias
Estado de São Paulo
Praça Nove de Julho, 202 Centro Tel.: (12) 3107-1200 - Areias - Cep :12 820 000

ANEXO III

REQUERIMENTO DE RESERVA DE VAGA PARA PORTADORES DE DEFICIÊNCIAS

Eu, _____
Candidato ao cargo _____
número de inscrição no concurso:
portador do 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 nº 02/2022 da Prefeitura de Areias, e envio o laudo Médico original,
emitido há menos de um ano, constando o CID da minha deficiência.

Necessita de condições especiais para realização da(s) provas(s)? () NÃO () SIM

Assinatura _____

Local e Data _____