|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

**ANEXO II**

**Solicitação de Atendimento/Condição Especial para Pessoa com Deficiência**

NOME:

CARGO INSCRITO:

INSCRIÇÃO Nº.

DESCREVA O TIPO DE ATENDIMENTO/CONDIÇÃO ESPECIAL QUE NECESSITA PARA REALIZAÇÃO DA ENTREVISTA:

DESCREVA AS RAZÕES DESTE TIPO DE ATENDIMENTO E ANEXE LAUDO

MÉDICO (original ou fotocópia autenticada) QUE COMPROVE O TIPO DE ATENDIMENTO ESPECIAL

Viamão/RS, \_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 2020.

Assinatura do Candidato: