



Prefeitura Municipal de Boa Esperança do Sul - SP

C.N.P.J. 46.717.104/0001-12

Praça João Pessoa, n.º 409 – Centro – CEP 14.930-000

Fone: (16) 3326 4020 – Fax (16) 3326 4029

PROCESSO SELETIVO 002/2021

ANEXO III

DECLARAÇÃO PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO

Nome Completo do Candidato:

Função para qual Concorre e deseja esta solicitação:

Número de Inscrição:

Data de Nascimento: ____/____/____

CPF/MF Nº:

RG Nº:

Telefone Celular []

E-mail:

DESCREVA ABAIXO COM BASE NO LAUDO MÉDICO QUE EMBASA A SOLICITAÇÃO

TIPO DE DEFICIÊNCIA

Código correspondente da CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DA DOENÇA - CID

Nome do Médico Responsável pelo Laudo:

DECLARAÇÃO

Eu, acima qualificado(a), **VENHO REQUERER** inscrição para concorrer pela reserva de vagas para pessoa com deficiência nos termos do Decreto Federal n. 3.298/1999; **DECLARO** que possuo conhecimento das atribuições da função para a qual me inscrevo, bem como tenho ciência de que minha deficiência deve ser compatível com as referidas atribuições para fins de contratação, o que será confirmado quando dos exames médicos admissionais; **DECLARO** que as informações aqui prestadas e os documentos apresentados são verdadeiros e que estou ciente de que a não apresentação de qualquer documento para comprovar a condição que garante o deferimento da solicitação, ou, ainda, que a não apresentação e/ou a apresentação dos documentos fora dos padrões, prazo e/ou forma solicitados implicará o indeferimento da solicitação; **DECLARO** que estou ciente de que, constatada falsidade em qualquer momento, poderei responder por crime contra a fé pública, nos termos da lei vigente, o que também acarretará minha eliminação deste certame. **Diante do exposto:**

(___) apresento **LAUDO MÉDICO** emitido há menos de um ano, o qual atesta a espécie e o grau da deficiência, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doença (CID), com nome e assinatura do médico.

(___) apresento **LAUDO MÉDICO** emitido na data de ____/____/____, o qual atesta a espécie e o grau da deficiência, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doença (CID), e que se **trata de deficiência irreversível**, com nome e assinatura do médico.

a) Providenciar o **Laudo** exigido (vide capítulo 6 deste edital);

b) imprimir **este requerimento na íntegra**, inclusive com a parte do cabeçalho onde consta a identidade do certame, **preencher correta e completamente** as informações solicitadas em todos os campos e **assinar o requerimento**;

c) digitalizar o requerimento e o laudo **de forma legível e completa** (frente e verso, caso houver);

d) salvar os documentos digitalizados todos no mesmo arquivo (**ARQUIVO ÚNICO**), nas extensões “pdf”, “png”, “jpg” ou “jpeg”, com tamanho máximo de 2MB;

e) proceder conforme o **Capítulo 6** deste edital.

Caso o candidato não envie o laudo médico e o requerimento, não será considerado pessoa com deficiência para concorrer às vagas reservadas, seja qual for o motivo alegado, mesmo que tenha selecionado tal opção na ficha de inscrição (via Internet).

Obs.: Anexo a esta declaração, Laudo Médico Atestando: a) a espécie e o grau ou o nível da minha deficiência, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doença – CID; b) enquadramento no Decreto Federal n. 3.298/1999.

**. NESTES TERMOS,
ESPERA DEFERIMENTO**

Boa Esperança do Sul/SP, ____/____/____.

Assinatura do Candidato