



Estado de Santa Catarina  
MUNICÍPIO DE SÃO CARLOS

### ANEXO III

## FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO DE VAGA PARA CANDIDATOS PORTADORES DE DEFICIÊNCIA

À Alternative Concursos

### DADOS DO CANDIDATO

Nome: \_\_\_\_\_

Cargo/função pretendido: \_\_\_\_\_

N.º da Identidade: \_\_\_\_\_

De acordo com o Item 3.1 do Edital de **Concurso Público 001/2020** do **Município de São Carlos (SC)**, embasado no art. 5º, § 2º e 3º da Lei Complementar Municipal n.º 009/2013, venho requerer reserva de vaga a candidato portador de deficiência, apresentando laudo médico com CID em anexo, conforme deficiência abaixo:

Física

Auditiva

Visual

Mental

Múltipla

Outra: \_\_\_\_\_

Necessita de condições especiais para a realização da prova?  Sim  Não  
Qual? \_\_\_\_\_

Pede Deferimento.

São Carlos (SC), \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Requerente