



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 nº 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?
Qual?

Sim

Não

Pede Deferimento.

São Carlos (SC), _____ de _____ de 20 _____.

Assinatura do Requerente