

ANEXO III – SOLICITAÇÃO DE ENQUADRAMENTO – PESSOA COM DEFICIÊNCIA**IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE:**

Nome: _____

Cargo: _____

Nº Inscrição: CPF Nº: - Telefone: () -

DECLARO, sob as penas da Lei, que me enquadro na forma do item 3, e solicito meu enquadramento visando concorrer à(s) vaga(s) destinada(s) a(s) Pessoas com Deficiência, conforme especificado em minha inscrição do Concurso Público nº 001/2018 do Conselho Regional de Farmácia do Acre e entrego os documentos descritos nas alíneas do subitem 3.3 do referido Edital.

DECLARO também estar ciente de que a veracidade das informações e documentações apresentadas é de minha inteira responsabilidade, podendo a Comissão do Concurso Público, em caso de fraude, omissão, falsificação, declaração inidônea, ou qualquer outro tipo de irregularidade, proceder ao cancelamento da minha inscrição e automaticamente a minha eliminação no certame, podendo adotar medidas legais contra minha pessoa, inclusive as de natureza criminal, de acordo com o disposto no Código Penal.

REQUER ATENDIMENTO ESPECIAL PARA REALIZAÇÃO DAS PROVAS ESCRITAS? **SIM** **NÃO**

SOLICITO, a realização de prova em condições especiais, conforme descritivo que segue:

 Prova em Braille. Prova Ampliada Fonte Nº _____ Prova com Ledor. Prova com Transcritor. Prova com Intérprete de Libras. Realização da prova em andar térreo. Realização da prova em local com acessibilidade para pessoas com deficiência física. Mobiliário adaptado para pessoas com deficiência física. Autorização para uso do aparelho auricular na aplicação da prova (sujeito à inspeção e aprovação no dia do certame). Outros: _____

Em _____ / _____ / _____

Assinatura do Candidato

Para uso exclusivo da Inaz do Pará

 Deferido **Indeferido****Justificativa:**