PREFEITURA MUNICIPAL DE ITATINGA

– ESTADO DE SÃO PAULO –
CNPJ (MF) 46.634.127/0001-63
Rua Nove de Julho, 304 – Centro – CEP. 18690-000
Fone/Fax: (14) 3848-9800

FICHA PARA PESSOA COM DEFICIÊNCIA
(ITEM 3. DO EDITAL DE CONCURSO PÚBLICO Nº 01/18)

NOME DO CANDIDATO: ..... RG: .....

EMPREGO:.....

1. ESPÉCIE DE DEFICIÊNCIA: .....

2. GRAU OU NÍVEL DA DEFICIÊNCIA: .....

3. CÓDIGO DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇA - CID: .....

4. PROVÁVEL CAUSA DA DEFICIÊNCIA:

.....

.....

5. TRATAMENTO DIFERENCIADO QUE NECESSITA:

.....

.....

OBSERVAÇÃO:

ANEXAR A ESTA FICHA LAUDO MÉDICO ATESTANDO A ESPÉCIE , O GRAU OU O NÍVEL DA DEFICIÊNCIA, COM EXPRESSA REFERÊNCIA AO CÓDIGO CORRESPONDENTE DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇA - CID, BEM COMO DA PROVÁVEL CAUSA DA DEFICIÊNCIA.

ITATINGA, DE DE 201 .

ASSINATURA DO CANDIDATO