



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 PROCESSO SELETIVO PÚBLICO Nº 02/18)

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