



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE CAXIAS DO SUL
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO

ANEXO VI – EDITAL DE ABERTURA N.º 02/2025
REQUERIMENTO – ATENDIMENTO ESPECIAL

Nome do candidato: _____

N.º da inscrição: _____ Cargo: _____

Nome da mãe: _____

Sexo: () Feminino () Masculino E-mail: _____

RG n.º: _____ Data de Expedição: ____/____/____ Órgão Emissor: _____

CPF n.º: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Tel. fixo: () _____ Celular: () _____

REQUER atendimento especial no dia de realização das provas do Concurso Público (assinalar com **X** ao lado do tipo de atendimento especial que necessite).

- () Acessibilidade no local de provas (candidato cadeirante).
() Acessibilidade no local de provas (candidato com dificuldade de locomoção).
() Auxílio para preenchimento do cartão de resposta (candidato com deficiência visual).
() Auxílio para preenchimento do cartão de resposta (candidato com deficiência motora que impeça o preenchimento do cartão).
() Intérprete de Libras (candidato com deficiência auditiva).
() Ledor (candidato com deficiência visual).
() Prova com letra ampliada (candidato com deficiência visual). Tamanho da fonte: _____
() Tempo diferenciado de até 60 minutos para realização das provas (candidato com deficiência).
() Sala para amamentação (candidata lactante).
() Outro (descrever a seguir).

Atenção:

Para o atendimento das condições solicitadas, será obrigatório o envio de laudo médico, com a assinatura do médico, carimbo e seu número de Registro no Conselho Regional de Medicina (CRM), que justifique o atendimento especial solicitado, acompanhado deste requerimento preenchido.

Para a candidata que necessite de sala para amamentação, será obrigatório o envio da certidão de nascimento, sendo dispensada a apresentação de laudo médico.

Descrever a seguir qual o tipo de prova necessário e/ou tratamento especial.

Nestes Termos,
Espera Deferimento.

(Local)

(Data)

(Assinatura do Candidato)