



**CAMPO NOVO  
DO PARECIS**  
PREFEITURA

**ANEXO IV**

**REQUERIMENTO PESSOA COM DEFICIÊNCIA - PcD (DEFICIÊNCIA FÍSICA)**

Nome do Candidato: \_\_\_\_\_

FUNÇÃO: \_\_\_\_\_

O candidato supracitado, vem por intermédio deste REQUERER INSCRIÇÃO COMO PESSOA COM DEFICIÊNCIA.

Declaro para os devidos fins, que sou Pessoa com Deficiência acima mencionada, e concordo em me submeter, quando convocado, à perícia médica a ser realizada por profissional da Prefeitura Municipal de Campo Novo do Parecis, a ser definida em regulamento e que terá decisão terminativa sobre minha qualificação como deficiente ou não, e o grau de deficiência incapacitante para o exercício da função.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Candidato.