**ANEXO V – REQUERIMENTO VAGAS PESSOA COM DEFICIÊNCIA**

|  |
| --- |
| Nome completo do candidato:  Número de inscrição:  Cargo para o qual está concorrendo:  E-mail: |

**INFORMAÇÕES BASEADAS NO LAUDO MÉDICO QUE SERÁ APRESENTADO**

|  |
| --- |
| Tipo de deficiência:  Código Internacional de Doenças (CID):  Nome do médico responsável pelo laudo:  Número de registro do médico responsável pelo laudo: |

**Requerimento:**

Eu, candidato acima qualificado, venho requerer que minha inscrição seja confirmada como candidato com deficiência, de acordo com as normas federais e municipais que regem os concursos públicos, bem como o constante do Edital de Abertura, do qual faz parte este anexo.

Declaro, para os fins deste concurso, que:

1. Minha deficiência é compatível com o cargo, conforme consta do Edital 01/2023, item 10 e subitens, deste concurso.
2. Os documentos e informações prestados são verdadeiros.
   1. Estou ciente de que, caso seja classificado, terei que comprovar a deficiência no momento da posse, apresentando, para tanto, os documentos originais comprobatórios.
3. Estou ciente de que devo preencher este requerimento, assiná-lo e enviá-lo, juntamente com o laudo médico comprobatório da deficiência, para o e-mail: concursocodepas@upf.br
4. Sem prejuízo das sanções penais cabíveis, o candidato que prestar informação falsa estará sujeito a:
5. cancelamento da inscrição e exclusão do concurso, se a falsidade for constatada antes da homologação de seu resultado;
6. exclusão da lista de aprovados, se a falsidade for constatada após a homologação do resultado e antes da nomeação para o cargo;
7. declaração de nulidade do ato de nomeação, se a falsidade for constatada após a sua publicação.

Passo Fundo, \_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2023.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do candidato requerente