**ANEXO XII – REQUERIMENTO – ATENDIMENTO ESPECIAL**

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

Marque a condição que habilita o atendimento especial

|  |  |
| --- | --- |
| **( ) Pessoa com deficiência (PCD)**  | **( ) Lactante** |

**Se PCD, preencha as informações a seguir:**

**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:****Descrição detalhada da necessidade especial para os dias de prova:** |

**Requerimento:**

Eu, candidato acima qualificado, venho requerer o atendimento especial supracitado, amparado na legislação atual que rege os concursos públicos, bem como no constante do Edital de Abertura deste Concurso Público, do qual faz parte este anexo.

Declaro, para os fins deste concurso, que:

1. Estou ciente de que devo enviar este requerimento preenchido e assinado, bem como cópia do laudo médico (se candidato com deficiência) ou da certidão de nascimento do bebê (se lactante), para o e-mail concursocodepas@upf.br – até o último dia de inscrições.
2. Estou ciente de que, sem prejuízo das sanções penais cabíveis, o candidato que prestar informação falsa estará sujeito a:
3. cancelamento da inscrição e exclusão do concurso, se a falsidade for constatada antes da homologação de seu resultado;
4. exclusão da lista de aprovados, se a falsidade for constatada após a homologação do resultado e antes da nomeação para o cargo;
5. 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