ANEXO VI

PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO N.º 03/2021

LAUDO MÉICO PARA INSCRITOS COMO PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Nome completo:
RG:_____ UF:_____ CPF:_____
Data de nascimento: _____/_____/_____
Tipo de deficiência:
Código do CID:
Limitações funcionais:
Função pretendida pelo candidato: ( ) Professor ( ) Professor de Educação Infantil
PARECER DO MÉDICO ESPECIALISTA NA ÁREA DA DEFICIÊNCIA: De acordo com a função pretendida, declaro que a deficiência do candidato é: ( ) COMPATÍVEL para exercer a função de_____ ( ) INCOMPATÍVEL para exercer a função de_____
_____ _____ Médico Examinador Assinatura do candidato Local:_____ Data:_____de_____de 2021