



REQUERIMENTO

CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA A REALIZAÇÃO DA PROVA

*Todos os campos são de preenchimento obrigatório

IDENTIFICAÇÃO			
*Nome Completo:			
*Data de Nascimento: / /	*Identidade:	*Órgão emissor:	*CPF:
*Cargo pretendido:			
*Endereço Completo:			
*Bairro:		*CEP:	
*Telefone (Residencial/Celular):	*Cidade:	*Estado:	
*Nacionalidade:		*Naturalidade:	
(Descrever a solicitação conforme item 6.14 do edital 024/PRH/2010)			
_____, ____ / ____ / ____ Assinatura do (a) requerente			

* Anexar a este requerimento o atestado médico descrevendo sua situação e especificando o tratamento diferenciado adequado, de acordo com o item 6.14 do edital 024/PRH/2010.