**ANEXO V**
**FORMULÁRIOS**

**Orientações gerais: Os formulários são partes obrigatórias para todas as solicitações editalícias. O não envio do formulário com pedido formal do candidato pode resultar em indeferimento da solicitação, independente do tipo.**

**Os formulários de requisição administrativas considerados obrigatórios são:**

I. **Formulário de requerimento para solicitação de isenção de taxa de inscrição; e**
II. **Formulário de declaração de solicitação de atendimento diferenciado – atendimento especial, pessoa com deficiência, lactante, gestante e pessoa transgênera).**

**Conforme edital do certame, a banca examinadora constitui única instância para recurso, sendo soberana em suas decisões, razão pela qual não caberão recursos adicionais.**

**FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO PARA SOLICITAÇÃO DE ISENÇÃO DE TAXA DE INSCRIÇÃO**

Eu, _____, candidato(a) ao cargo_____, Cód. _____, apresento e declaro ser de minha exclusiva responsabilidade a apresentação dos documentos anexos. Estes são verdadeiros e válidos na forma da Lei, sendo comprovados conforme Edital do certame para fins de isenção do pagamento da Taxa de Inscrição no **Processo Seletivo da Prefeitura de Calmon**.

Por ser expressão da verdade.

Pede deferimento.

_____ - ____, _____de 2025.

_____
CANDIDATO(A)

CPF:_____

**FORMULÁRIO DE DECLARAÇÃO DE SOLICITAÇÃO DE ATENDIMENTO DIFERENCIADO – ATENDIMENTO ESPECIAL, PESSOA COM DEFICIÊNCIA, LACTANTE, GESTANTE, PESSOA TRANSGÊNERA,**

Nome completo do solicitante:

Número da identidade:

Número do CPF:

Cargo:

Telefone:

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **1.** | **Candidato(a) necessita de atendimento especial** | **Não** | | **Sim** | |
| | Se sim: | Não | | Sim | |
| | Intérprete de libras | Não | | Sim | |
| | Ledor | Não | | Sim | |
| | Mesa para cadeirante | Não | | Sim | |
| | Prova com fonte ampliada (fonte tamanho 16) | Não | | Sim | |
| | Sala de fácil acesso (andar térreo com rampa) | Não | | Sim | |
| | Tempo adicional (uma hora a mais de prova) | Não | | Sim | |
| | Transcritor | Não | | Sim | |
| | Uso de prótese auditiva | Não | | Sim | |
| | Outro, especificar: | | | | |
| | *Obrigatório envio de documentos conforme edital* | | | | |
| **2.** | **Candidato(a) possui deficiência** | **Não** | | **Sim** | |
| | Se sim:<br>Especifique a deficiência:<br><br>N.º do CID:<br><br>Nome do médico que assina do Laudo:<br><br>N.º do CRM: | | | | |
| | *Obrigatório envio de documentos conforme edital* | | | | |
| **3.** | **Candidata é lactante** | **Não** | | **Sim** | |
| | *Obrigatório envio de documentos conforme edital* | | | | |
| **4.** | **Candidata é gestante** | **Não** | | **Sim** | |
| | *Obrigatório envio de documentos conforme edital* | | | | |
| **5.** | **Pessoa transgênero** | **Não** | | **Sim** | |
| | *Obrigatório envio de documentos conforme edital* | | | | |
| **6.** | **Canhoto** | **Não** | | **Sim** | |

Por ser expressão da verdade.

Pede deferimento.

_____ - ____, _____de 2025.

_____
CANDIDATO(A)

CPF:_____