PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO UNIFICADO DA SECRETARIA DE SAÚDE DE ALAGOAS

FORMULÁRIO PARA INFORMAÇÃO DE TIPO DE DEFICIÊNCIA

Nome Completo do Candidato:	
Número do CPF:	
Nº do R.G.:	
Cargo:	
Nome da deficiência conforme Código CID:	
Código CID:	
Grau ou nível da deficiência:	

Eu, candidato(a) acima qualificado(a), inscrito(a) no Processo Seletivo Simplificado e Unificado da Secretaria de Saúde de Alagoas - Edital nº 01/2010, venho apresentar o presente formulário indicando a espécie, o código CID e o grau ou nível da minha deficiência, conforme prevê o item 4.4 do referido Edital, estando ciente das regras estabelecidas no supracitado Instrumento no tocante a minha necessidade especial.

Declaro conhecer e aceitar todas as normas estabelecidas no Edital nº 01/2010 COPEVE/UFAL que rege o referido Processo.

_____, _____ de _____ de 2010
Cidade/Estado Dia Mês

_____
Assinatura do Candidato