

**SECRETARIA DE ESTADO DE ECONOMIA  
EDITAL NORMATIVO nº 1/2022 -SEAGRI****CONCURSO PÚBLICO PARA PROVIMENTO DE VAGAS E FORMAÇÃO DE CADASTRO DE RESERVA PARA OS CARGOS DE ANALISTA DE DESENVOLVIMENTO E FISCALIZAÇÃO AGROPECUÁRIA E TÉCNICO DE DESENVOLVIMENTO E FISCALIZAÇÃO AGROPECUÁRIA****SOLICITAÇÃO DE ATENDIMENTO ESPECIAL**

Eu \_\_\_\_\_  
CPF nº \_\_\_\_\_, Inscrição nº \_\_\_\_\_, candidato(a) **concurso público para provimento de vagas e formação de cadastro de reserva para os cargos de analista de desenvolvimento e fiscalização agropecuária e técnico de desenvolvimento e fiscalização agropecuária, SOLICITO**, de acordo com laudo médico/documento comprobatório em anexo, atendimento especial no dia de aplicação das provas conforme a seguir (selecione o tipo de prova e (ou) o(s) tratamento(s) especial(is) necessário(s)):

**REQUERIMENTO DE PROVA ESPECIAL E(OU) TRATAMENTO ESPECIAL**

<p>1. <u>Necessidades físicas:</u> ( ) sala térrea (dificuldade para locomoção) ( ) sala individual (candidato com doença contagiosa / outras). Especificar _____ ( ) mesa para cadeira de rodas ( ) mesa e cadeira separadas 1.1. <u>Auxílio para preenchimento</u> ( ) dificuldade/impossibilidade de escrever ( ) da folha de respostas da prova objetiva 2. <u>Auxílio para leitura, necessidades visuais (cego ou pessoa com baixa visão)</u> ( ) leitor ( ) prova em <i>braille</i> ( ) prova ampliada (fonte entre 14 e 16) ( ) prova superampliada (fonte 28)</p>	<p>3. <u>Necessidades auditivas (perda total ou parcial da audição)</u> ( ) intérprete de Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS) ( ) leitura labial ( ) uso de aparelho auditivo – mediante justificativa médica 4. <u>Amamentação</u> ( ) sala para amamentação (candidata que tiver necessidade de amamentar seu bebê) 5. Outros ( ) Tempo Adicional – mediante justificativa médica ( ) Porte de arma (Lei Federal nº 10.826/2003) ( ) Uso do nome social: _____ _____</p>
---	---

Nessa ocasião, apresento laudo médico com a respectiva Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), no qual constam os seguintes dados:

Tipo de deficiência que possuo: \_\_\_\_\_.

Código correspondente da (CID): \_\_\_\_\_.

Nome do médico responsável pelo laudo: \_\_\_\_\_.

Número de registro no Conselho Regional de Medicina (CRM) do médico responsável pelo laudo: \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ ), \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) candidato(a)