**ANEXO III**

**FUNDAÇÃO DE APOIO DA UFRGS**

**Requerimento Específico para Inscrição de Candidato na Condição**

**de Pessoa com Deficiência**

**Nº do Edital: 01/2017 – BANRISUL S/A**

**Cargo:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nome do Candidato:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nº de Inscrição:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

vem **REQUERER** sua inscrição como **CANDIDATO NA CONDIÇÃO DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA**, apresentando o ATESTADO MÉDICO (original ou fotocópia autenticada) com CID (colocar os dados abaixo, com base no ATESTADO):

a) Tipo de deficiência: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

b) Código correspondente da Classificação Internacional de Doença – CID: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

c) Nome do Médico Responsável pelo Atestado Médico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

d) CRM do Médico Responsável pelo Atestado Médico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e) Data de emissão do Atestado Médico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

O candidato inscrito na condição de Pessoa com Deficiência deverá entregar **Atestado Médico** (original ou fotocópia autenticada) à FAURGS, pessoalmente ou por meio de procurador, procuração simples, na Av. Bento Gonçalves, nº 9.500, Prédio 43.609, 3º andar, *Campus* Vale da UFRGS, CEP: 91501-970, Bairro Agronomia, Porto Alegre/RS, atestando a espécie e o grau ou nível da deficiência, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doença – CID, acompanhado desse requerimento específico. **O Atestado Médico (original ou fotocópia autenticada) deverá, obrigatoriamente,** conter o nome, o carimbo, a assinatura, a data e o número do CRM do Médico, com a indicação da provável causa da deficiência, com **data de emissão** do atestado médico posterior a **22/09/2017**.

**Informações para a aplicação das PROVAS (marcar com X o local apropriado; caso necessitar de Atendimento Especial, discriminar o tipo de prova necessário):**

( ) **NÃO NECESSITO** DE ATENDIMENTO ESPECIAL

( ) **NECESSITO** DE ATENDIMENTO ESPECIAL (discriminar abaixo qual o tipo de prova necessário)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

OBS.: É obrigatório anexar o ATESTADO MÉDICO **(original ou fotocópia autenticada)** com CID, junto a este requerimento.

Data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do(a) Candidato(a):