

# **PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPELA DO ALTO**

ESTADO DE SÃO PAULO  
PRAÇA SÃO FRANCISCO Nº 26 - CENTRO - CEP 18.195-000 - CGC 46.634.077/0001-14  
FONE (15) 3267-8800 - FAX (15) 3267-8815

## **PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO 01/2020 REQUERIMENTO DE PROVA ESPECIAL**

Nome do candidato: .....

Nº da inscrição: ..... Emprego: .....

Vem **REQUERER a aplicação de PROVA ESPECIAL**, por ser Pessoa com Deficiência e demandar condição diferenciada de aplicação da prova.

Dados especiais para a aplicação das Provas: (marcar com X no local caso necessite de Prova Especial, em caso positivo, discriminar o tipo de prova necessário)

### **NECESSITA DE PROVA ESPECIAL**

- ( ) PROVA EM BRAILE
- ( ) PROVA AMPLIADA – fonte Times New Roman ( )
- ( ) ACOMODAÇÕES .....
- ( ) OUTROS (Descrever a necessidade): .....

.....  
.....  
.....

Capela do Alto, ..... de janeiro de 2020

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Candidato