

ANEXO III

FORMULÁRIO DE CONDIÇÃO ESPECIAL PARA REALIZAÇÃO DAS PROVAS



INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DO MUNICÍPIO DE OSASCO – IPMO
CONCURSO PÚBLICO – EDITAL Nº 01/2024

FORMULÁRIO DE CONDIÇÃO ESPECIAL PARA REALIZAÇÃO DA PROVA OBJETIVA

REQUERIMENTO DE CONDIÇÃO ESPECIAL

Eu, _____, portador(a) da

(Nome Civil do interessado)

Cédula de Identidade nº _____, CPF nº _____, inscrito no

Concurso Público do INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DO MUNICÍPIO DE OSASCO – EDITAL Nº 01/2024, para o cargo de

_____, Tipo de Deficiência (quando houver) de que sou portador(a)

_____, CID nº _____,

ASSINALE COM UM “X” A CONDIÇÃO ESPECIAL QUE NECESSITA:

PROVA AMPLIADA FONTE _____ (especificar entre 18, 24 ou 28).

PROVA EM BRAILE.

SALA DE FÁCIL ACESSO para candidato cadeirante OU candidato com dificuldade de locomoção.

MESA E CADEIRA SEPARADAS.

AUXÍLIO DE UM TRANSCRITOR OU AUXÍLIO PARA PREENCHIMENTO DA FOLHA DE RESPOSTAS.

AUXÍLIO DE UM LEITOR.

INTÉRPRETE DE LÍNGUA BRASILEIRA DE SINAIS.

USO DE MARCAPASSO (o candidato deverá apresentar o cartão identificador de uso de marcapasso ao fiscal de banheiro que vistoria os candidatos com detector de metais).

USO DE OUTROS INSTRUMENTOS METÁLICOS. _____ (INFORMAR).

TEMPO ADICIONAL (somente será aceito com o envio do laudo médico solicitando).

OUTROS. RELACIONAR _____

(OBS: Não serão considerados como deficiência os distúrbios de acuidade visual passíveis de correção simples do tipo miopia, astigmatismo, estrabismo e congêneres)

ATENÇÃO: É obrigatória a apresentação de LAUDO MÉDICO, conforme descrito no Capítulo V – Da Inscrição para Pessoa com Deficiência – PcD, deste Edital, junto a esse requerimento.

_____, _____ de _____ de 2025.

Cidade/UF

Dia

Mês

Assinatura do(a) Candidato(a)

(ATENÇÃO: O candidato que desejar solicitar **Condições Especiais** deverá encaminhar a sua solicitação, conforme estabelecido no Capítulo V – Da Inscrição para Pessoa com Deficiência – PcD, deste Edital)