

**PREFEITURA MUNICIPAL DE APARECIDA DE GOIÂNIA**  
**SECRETARIA DE EDUCAÇÃO DO MUNICÍPIO DE APARECIDA DE GOIÂNIA**  
**CONCURSO PÚBLICO PARA SELEÇÃO DO QUADRO DE PESSOAL DA SECRETARIA DE**  
**EDUCAÇÃO DO MUNICÍPIO DE APARECIDA DE GOIÂNIA**  
**EDITAL DE ABERTURA Nº 006/2010**

**REQUERIMENTO DE CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA REALIZAÇÃO DAS PROVAS**

Este formulário destina-se aos candidatos que necessitam de condições especiais para a realização das provas do CONCURSO PÚBLICO PARA SELEÇÃO DO QUADRO DE PESSOAL DA SECRETARIA DE EDUCAÇÃO DO MUNICÍPIO DE APARECIDA DE GOIÂNIA (portadores de deficiência, recém-acidentados, recém operados, acometidos por alguma doença e candidatas que estiverem amamentando).

Ilmo. Sr.  
Prof. Valtercides Cavalcante da Silva.  
Presidente do Centro de Seleção da UFG.

Eu, \_\_\_\_\_,  
candidato(a) ao concurso da Secretaria de Educação do Município de Aparecida de Goiânia,  
inscrição n. \_\_\_\_\_, portador(a) do documento de identificação  
n. \_\_\_\_\_, órgão expedidor \_\_\_\_\_, CPF: \_\_\_\_\_ Telefone  
(s) \_\_\_\_\_, venho requerer a V. Sa. condições especiais para realizar as  
provas, conforme as informações prestadas a seguir.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_ Assinatura do(a) candidato(a)

**ATENÇÃO!**

O candidato que apresentar algum comprometimento de saúde (recém acidentado, operado, acometido por alguma doença) e necessitar de condições especiais para realização das Provas deverá entregar o Requerimento de Condições Especiais disponível no site [www.cs.ufg.br](http://www.cs.ufg.br), acompanhado do atestado médico original, no Centro de Seleção da Universidade Federal de Goiás, Rua 226, Qd. 71, s/n, Setor Universitário, no horário de 8 às 12 e da 13 às 17 horas, até o último dia anterior a aplicação da prova. Essa solicitação será atendida segundo os critérios de viabilidade e de razoabilidade.

PREENCHA CORRETAMENTE AS INFORMAÇÕES, A SEGUIR, PARA QUE POSSAMOS ATENDÊ-LO EM SUA NECESSIDADE DA MELHOR FORMA POSSÍVEL.

ASSINALE O MOTIVO DO REQUERIMENTO:

Amamentação ( ) Acidentado ( ) Pós-cirúrgico ( )

Acometido por doença ( ) Qual? \_\_\_\_\_

Outro caso ( ) Qual? \_\_\_\_\_

## CONDIÇÕES ESPECIAIS

1. Candidato temporariamente com problemas graves de saúde (acidentado, operado e outros), registre, a seguir, o tipo/doença e as condições necessárias:

Registre, se for o caso, as condições especiais necessárias:


**Observação:** Anexar atestado médico.

## 2. AMAMENTAÇÃO

Nome completo do acompanhante do bebê \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ n.. do documento de identificação \_\_\_\_\_,

Órgão expedidor \_\_\_\_\_.

**Observação: Anexar cópia do documento de identidade.**

No dia da prova o(a) acompanhante deverá apresenta-se portando o original desse documento, devendo apresentá-lo na coordenação do concurso.