## ANEXO III

**REQUERIMENTO DE RESERVA DE VAGAS PARA PESSOA COM DEFICIÊNCIA – PcD**

|  |  |
| --- | --- |
| **IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO** | |
| **Nome do Candidato** (completo e sem abreviações) |  |
| **Nome Social** (nos termos do Decreto nº 8.727/2016) |  |
| **Cargo Pretendido** | **PROFESSOR SUBSTITUTO** |
| **Área** | ( ) |
| **Telefone celular (com DDD)** | ( ) |
| **Telefone fixo (com DDD)** | ( ) |
| **E-mail** | ( ) |
| **Tipo da Deficiência** | ( ) Auditiva |
| ( ) Física |
| ( ) Mental |
| ( ) Múltipla |
| ( ) Visual |
| Solicito participar da reserva de vagas destinadas às pessoas com deficiência – PcD, conforme previsto no item 6 do Edital nº XX/XXXX/XXX - CGAB/IFRO, de de de , e no Decreto Federal nº 3.298/1999.  **DECLARO** estar ciente que informações prestadas e que não correspondam à verdade dos fatos implicarão no cancelamento da inscrição, em caso de aprovação, e instauração do correspondente processo, conforme o Art. 299 do Código Penal. | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_(cidade)\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ‒ (UF) , (data) de (mês) de (ano) . | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do Candidato | |