**ANEXO III**

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

|  |
| --- |
| **IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO** |
| **Nome do Candidato:**  |  |
| **Nome Social** (Decreto 8.727/2016) |  |
| **Cargo Pretendido:**  |  |
| **E-mail:**  |  | **Fone:**  |  **( )** |
|  **Tipo da Deficiência: ( ) Física ( ) Auditiva ( ) Visual ( ) Mental ( ) Múltipla**  |

Solicito participar da reserva de vagas destinadas às pessoas com deficiência – PcD, conforme previsto no item 6 do Edital nº 20/2024 - CGAB/IFRO, de 05 de junho de 2024, 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.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Assinatura do candidato**