**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 41/2024/COL - CGAB/IFRO, DE 21 DE OUTUBRO 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**