



PREFEITURA DE ESTIVA GERBI

ANEXO I – DECLARAÇÃO – CANDIDATO COM DEFICIÊNCIA

NOME:	
CPF:	DATA NASCIMENTO:
TELEFONES PARA CONTATO:	
E-MAIL:	
EMPREGO:	

DEFICIÊNCIA DECLARADA	CID

NOME DO MÉDICO QUE ASSINA O LAUDO	NÚMERO DO CRM

ATENÇÃO: Esta Declaração e o respectivo Laudo Médico deverão ser encaminhados para o e-mail rh.pmeg@gmail.com, até as 23h59 do dia 20/05/2020.

_____, _____ de _____ de 2020.

Assinatura do candidato