



Município de Céu Azul

Estado do Paraná

ANEXO VI FORMULÁRIO INSCRIÇÃO COMO PESSOA COM DEFICIÊNCIA

LAUDO MÉDICO PARA INSCRITOS COMO PESSOA COM DEFICIÊNCIA		
NOME:		
RG:	UF:	CPF:
DATA DE NASCIMENTO:		SEXO:
CÓDIGO CID:		
LIMITAÇÕES FUNCIONAIS:		
FUNÇÃO PRETENDIDA: PROFESSOR		
PARECER DO MÉDICO ESPECIALISTA NA ÁREA DA DEFICIÊNCIA:		
<p>De acordo com a função pretendida, declaro que a deficiência do candidato é:</p> <p>() COMPATÍVEL para exercer a função de Professor.</p> <p>() INCOMPATÍVEL para exercer a função de Professor.</p>		
Local:	Data:	
Assinatura e CRM do Médico Examinador		Assinatura do Candidato