



CÂMARA MUNICIPAL DE LAGAMAR
ESTADO DE MINAS GERAIS
Rua Amazonas, 122 – LAGAMAR– Cep: 38.785-000.
Fones: (34) 3812-1440/ (34) 3812-1456.

ANEXO IV – REQUERIMENTO DE RECURSO

Requerimento de Recurso:

Nº DE INSCRIÇÃO DO CANDIDATO:
CARGO CONCORRIDO:
PROVA/DISCIPLINA:
Nº DA QUESTÃO RECORRIDA:
JUSTIFICATIVA DO CANDIDATO (preenchimento obrigatório):
Atenção enviar exclusivamente para o e-mail: contato@assconex.com.br

INSTRUÇÕES:

O candidato deverá:

- Formular o recurso de acordo com as especificações estabelecidas no item 6.2, deste Edital.
- Usar um formulário de recurso para cada questão de prova que solicitar revisão.

ATENÇÃO! A inobservância de qualquer uma dessas instruções resultará no indeferimento do recurso.



CÂMARA MUNICIPAL DE LAGAMAR
ESTADO DE MINAS GERAIS
Rua Amazonas, 122 – LAGAMAR– Cep: 38.785-000.
Fones: (34) 3812-1440/ (34) 3812-1456.

ANEXO V - MODELO DE REQUERIMENTO DE CERTIDÃO DE PARTICIPAÇÃO

MODELO DE REQUERIMENTO DE CERTIDÃO DE PARTICIPAÇÃO

À Assconex Assessoria Concursos e Exames Ltda.

_____, _____, _____,
Nome Estado Civil Profissão
_____, portador do RG no _____ - _____,
Endereço

vem pelo presente requerer declaração de que participou do Concurso Público patrocinado pela Prefeitura Municipal de Lagamar - MG , em ___ de _____ de 2012, com organização e realização desta empresa, para que surta seus efeitos legais, devendo a mesma ser enviada para o seu e-mail _____.

_____/_____, em ___ de _____ de 2012.

Assinatura do Requerente

ATESTADO DA COORDENAÇÃO DO CONCURSO PÚBLICO

_____/_____, em ___ de _____ de 2012.

Coordenador da Prova



Assessoria Concursos e Exames Ltda
www.assconex.com.br



CÂMARA MUNICIPAL DE LAGAMAR
ESTADO DE MINAS GERAIS
Rua Amazonas, 122 – LAGAMAR– Cep: 38.785-000.
Fones: (34) 3812-1440/ (34) 3812-1456.

ANEXO VI - MODELO REQUERIMENTO PARA PORTADOR DE DEFICIÊNCIA

Eu, _____, CPF no _____.____. ____-____, candidato (a) ao cargo de _____, sob no de inscrição _____, do **Concurso Público da Prefeitura Municipal de Lagamar - MG**, vem **REQUERER** vaga especial como **PORTADOR DE NECESSIDADES ESPECIAIS**, apresentado neste ato **LAUDO MÉDICO** com **CID** (colocar os dados abaixo com base no laudo):

Tipo de deficiência de que é portador: _____

Código correspondente da Classificação Internacional de Doença: _____

Nome do Médico responsável pelo laudo: _____

Obs.: Não serão considerados como deficiência os distúrbios de acuidade visuais de correção simples do tipo miopia, astigmatismo, estrabismo e congêneres.

Dados especiais para aplicação das PROVAS (marcar com X no quadrículo caso necessite de Prova Especial ou não, em caso positivo, discriminar o tipo de prova necessário).

NÃO NECESSITA DE PROVA ESPECIAL e/ou TRATAMENTO ESPECIAL.

NECESSITA DE PROVA OU CUIDADO ESPECIAL (Discriminar abaixo qual o tipo de prova e/ou cuidado especial, conforme preenchido no Formulário de Inscrição via Internet).

ATENÇÃO: Encaminhe Anexa à Coordenação do Concurso Público, a ficha de inscrição este requerimento devidamente preenchido, juntamente com o Laudo fornecido pelo seu Médico, conforme o disposto neste Edital.

Local _____ Data ____/____/____ Assinatura do Candidato _____



CÂMARA MUNICIPAL DE LAGAMAR
ESTADO DE MINAS GERAIS
Rua Amazonas, 122 – LAGAMAR– Cep: 38.785-000.
Fones: (34) 3812-1440/ (34) 3812-1456.

ANEXO VII - MODELO REQUERIMENTO DE ISENÇÃO

À Assconex Assessoria Concursos e Exames Ltda.

_____, _____, _____,
Nome Estado Civil Profissão

_____, portador do RG no _____ - _____, Endereço

Vem pelo presente requerer a isenção do pagamento da taxa de inscrição no valor de R\$ _____, correspondente ao cargo de _____, sob código _____, especificidade _____, conforme dispõe o subitem: **2.26.** do Edital do Concurso Público, anexando a documentação comprobatória necessária e devida, ciente das disposições contidas no referido Edital.

_____/____/____ de _____ de 2012.

Assinatura do Requerente

Recebido em ____/____/____
Responsável

Coordenação do Concurso Público

Defiro:	
Indefiro:	

Lagamar, ____ de _____ de 2012.

