ANEXO II - CONCURSO PÚBLICO
REQUERIMENTO DE RECURSO - CAPA

CONCURSO PÚBLICO (nome do órgão e cidade): _____

NOME: _____

CARGO: _____

Nº de INSCRIÇÃO:_____

TIPO DE RECURSO - (Assinale o tipo de Recurso)

( ) ( ) ( )	CONTRA INDEFERIMENTO DE INSCRIÇÃO CONTRA GABARITO DA PROVA ESCRITA CONTRA RESULTADO PROVA ESCRITA	Ref. Prova Escrita Nº da questão: _____ Gabarito Preliminar/Oficial: ___ Resposta Candidato: ___

INSTRUÇÕES:

Entregar o recurso na Câmara Municipal de Vereadores de Guaíba, localizada à Av. Sete de Setembro, nº 325, Centro. Guaíba - Rio Grande do Sul, das 13h30min às 17h30min, no prazo marcado por Edital.

Cada recurso conterá:

- Uma Capa;
- Um Formulário para cada questionamento.

Datilografar, digitar ou escrever em letra de forma (clara e legível), de acordo com as especificações estabelecidas no Edital;

Identificar-se apenas na Capa do Recurso;

Apresentar fundamentação lógica e consistente.

Reproduzir a quantidade necessária. Preencher em letra de forma ou digitar e entregar este formulário em 02 (duas) vias, uma via será devolvida como protocolo.

Data: ____/____/____

Assinatura do candidato

Assinatura do Responsável p/ recebimento

CONCURSO PÚBLICO - EDITAL DE CONCURSO Nº 001/2012

RECURSO ADMINISTRATIVO

Se for recurso de gabarito, indicar o nº da questão: _____.

Justificativa do candidato – Razões do Recurso

ANEXO III
REQUERIMENTO – PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Concurso Público: _____ Município/Órgão: _____

Nome do candidato: _____

Nº da inscrição: _____ Cargo: _____

Vem **REQUERER** vaga especial como **PESSOA COM DEFICIÊNCIA**, apresentou 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 – CID: _____

Nome do Médico Responsável pelo laudo: _____

(OBS: Não serão considerados como deficiência os distúrbios de acuidade visual passíveis de correção simples do tipo miopia, astigmatismo, estrabismo e congêneres)

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

( ) **NÃO NECESSITA** DE PROVA ESPECIAL e/ou TEMPO ADICIONAL e/ou TRATAMENTO ESPECIAL

( ) **NECESSITA** DE PROVA ESPECIAL e/ou TEMPO ADICIONAL e/ou TRATAMENTO ESPECIAL
(Discriminar abaixo qual o tipo de prova necessário e/ou tratamento especial)

_____
_____
_____
_____

É obrigatória a apresentação de LAUDO MÉDICO com CID. No caso de pedido de tempo adicional, é obrigatório PARECER justificando sua necessidade junto a esse requerimento.

(Datar e assinar)

_____
Assinatura

ANEXO IV
MODELO DE PROCURAÇÃO

P R O C U R A Ç Ã O

Eu, _____, Carteira de Identidade nº _____, residente e domiciliado na rua _____, nº _____, ap. _____, no bairro _____, na cidade de _____, nomeio e constituo _____, Carteira de Identidade nº _____, como meu procurador, com poderes específicos para interpor recursos, no Concurso Público – Edital nº _____, para o cargo de _____, realizado pela _____.

Município de _____, _____ de _____ de 20__.

Assinatura do Candidato