



FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO DE ISENÇÃO DE TAXA DE INSCRIÇÃO (VIA INSTITUTO MOVENS)

LOCAL DE REALIZAÇÃO DAS PROVAS

NÚMERO

DADOS DO CANDIDATO

NOME			
NÚMERO DO DOCUMENTO DE IDENTIDADE			
CPF		DATA DE NASCIMENTO	
ORGÃO EMISSOR/UF DE EMISSÃO		SEXO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO	

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

LOGRADOURO (RUA, AVENIDA ETC.)			
NÚMERO		COMPLEMENTO (APARTAMENTO, BLOCO, CONJUNTO ETC.)	
BAIRRO			
CIDADE		UF	CEP
DDD	TELEFONE RESIDENCIAL	DDD	TELEFONE COMERCIAL
DDD	TELEFONE CELULAR		

VAGAS DESTINADAS AOS CANDIDATOS PORTADORES DE DEFICIÊNCIA.

Desejo concorrer às vagas destinadas aos candidatos portadores de deficiência.
(enviar laudo médico, conforme **subitem 3.2** do edital de abertura do concurso público.)

ATENDIMENTO ESPECIAL PARA O DIA DE REALIZAÇÃO DAS PROVAS

Se você necessita de atendimento especial no dia de realização das provas, assinale o(s) tipo(s) de necessidade(s) abaixo.
(enviar laudo ou atestado médico, conforme **subitem 4.1** do edital de abertura do concurso)

NECESSIDADES FÍSICAS

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> maca | <input type="checkbox"/> mesa e cadeira separadas (limitações físicas) |
| <input type="checkbox"/> apoio para a perna | <input type="checkbox"/> sala para amamentação (candidata que tiver necessidade de amamentar seu bebê) |
| <input type="checkbox"/> mesa para cadeira de rodas | <input type="checkbox"/> sala individual (candidatos com doenças contagiosas/outras) |
| <input type="checkbox"/> mesa e cadeira separadas (gravidez de risco) | <input type="checkbox"/> sala térrea (dificuldade de locomoção) |
| <input type="checkbox"/> mesa e cadeira separadas (obesidade) | |

NECESSIDADES VISUAIS (CEGO OU PESSOA COM BAIXA VISÃO)

- auxílio na leitura da prova (ledor)
 prova em braille e ledor
 prova ampliada (fonte entre 14 e 16)
 prova superampliada (fonte 28)

NECESSIDADES AUDITIVAS (PERDA TOTAL OU PARCIAL DA AUDIÇÃO)

- intérprete de LIBRAS (Língua Brasileira de Sinais)
 leitura labial

AUXÍLIO PARA PREENCHIMENTO

- da folha de respostas das provas objetivas (dificuldade de escrever)
 das provas objetivas (impossibilidade de escrever)

AUXÍLIO PARA LEITURA DA PROVA (LEDOR)

- dislexia
 tetraplegia

Solicito a isenção do pagamento da taxa de inscrição no concurso por estar amparado pelo benefício previsto na Lei n.º 2.344, de 1996, alterada pela Lei n.º 3.420, de 29 de dezembro de 2006, cuja regulamentação foi dada pelo Decreto n.º 1.363, de 17 de julho de 2007. Declaro conhecer e aceitar todas as normas estabelecidas no EDITAL N.º 1/2009 – PREFEITURA DE ARACAJU, de 16 de novembro de 2009, bem como estar ciente de que, caso esta solicitação seja indeferida, deverei efetuar minha inscrição via internet, conforme procedimentos de inscrição determinados no edital supracitado.

Comprometo-me a entregar, por ocasião da posse, todos os documentos comprobatórios dos requisitos exigidos no edital de abertura do concurso público, estando ciente de que, se não o fizer, estarei automaticamente eliminado do certame.

*Marque apenas uma opção.***OPÇÕES DE CARGO – NÍVEL SUPERIOR**

- CARGO 1: ASSISTENTE SOCIAL
 CARGO 2: PSICÓLOGO

OPÇÕES DE CARGO – NÍVEL MÉDIO

- CARGO 3: EDUCADOR SOCIAL

assinatura do candidato ou do procurador



ESTADO DE SERGIPE
 PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU
 SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO
 CONCURSO PÚBLICO PARA PROVIMENTO DE VAGAS E FORMAÇÃO DE CADASTRO RESERVA
 EM CARGOS DE NÍVEL SUPERIOR E NÍVEL MÉDIO

**RECIBO DE SOLICITAÇÃO DE ISENÇÃO DE TAXA DE INSCRIÇÃO
(VIA CANDIDATO)**

LOCAL DE REALIZAÇÃO DAS PROVAS

NÚMERO

NOME

A relação dos candidatos que tiverem a solicitação de isenção de pagamento de taxa de inscrição deferida será divulgada até o dia 04 de dezembro de 2009, no endereço eletrônico <http://www.movens.org.br>.

Os candidatos que tiverem esta solicitação indeferida deverão se inscrever via internet, conforme procedimentos de inscrição determinados no EDITAL N.º 1/2009 – PREFEITURA DE ARACAJU, de 16 de novembro de 2009.