

CIDASSP

Consórcio
Intermunicipal de
Desenvolvimento
Sustentável

PROCESSO SELETIVO PÚBLICO SIMPLIFICADO EDITAL Nº 001/2025

ANEXO V MODELO DE DECLARAÇÃO E DE LAUDO MÉDICO PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA (PCD)

Eu, _____
_____ (nome completo), _____ (estado civil),
_____, portador(a) do documento de
identidade nº _____, inscrito(a) no CPF sob o nº
_____, residente e domiciliado(a) à

(endereço
completo cidade/estado/CEP), candidato(a) para ingresso no emprego
público de
_____ do Processo Seletivo Público Simplificado do CIDASSP – Edital nº
001/2025, declaro, para fins de reserva de vagas (caso haja), ser pessoa com deficiência
(PcD) à luz da(s) legislação(ões) presente(es), e solicitar participação no certame dentro
dos critérios assegurados à PcD, conforme previsto no respectivo Edital.

Anexado a esta declaração apresento o Laudo Médico, atestando:

a) A espécie e o grau ou o nível da minha deficiência, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doenças – CID, o enquadramento da deficiência no Decreto Federal nº 3.298, de 24 de outubro de 1999 e suas alterações e no Decreto Federal nº 9.508, de 24 de setembro de 2018 e suas alterações, a assinatura e o carimbo do registro do Conselho Regional de Medicina – CRM do médico responsável pela emissão do documento.

Por ser verdade, firmo o presente e, nestes termos, peço deferimento.

_____, ____/____/____.

(Local) (Data)

Assinatura do(a) candidato(a)

