



**ESTADO DE SÃO PAULO
PREFEITURA MUNICIPAL DE IARAS
EDITAL DO PROCESSO SELETIVO N.º 001,
DE 11 DE JANEIRO DE 2024**



ANEXO VI

FORMULÁRIOS

Orientações gerais: Os formulários são partes obrigatórias para todas as solicitações editalícias. O não envio do formulário com pedido formal do candidato pode resultar em indeferimento da solicitação, independente do tipo.

Os formulários de requisição administrativas considerados obrigatórios são:

- I. Formulário de recursos;**
- II. Formulário de requerimento para solicitação de isenção de taxa de inscrição; e**
- III. Formulário de declaração de solicitação de atendimento diferenciado – atendimento especial, pessoa com deficiência, sabatista, lactante, gestante e pessoa transgênera).**

Conforme edital do certame, a banca examinadora constitui única instância para recurso, sendo soberana em suas decisões, razão pela qual não caberão recursos adicionais.



ESTADO DE SÃO PAULO
PREFEITURA MUNICIPAL DE IARAS
EDITAL DO PROCESSO SELETIVO N.º 001,
DE 11 DE JANEIRO DE 2024



FORMULÁRIO DE RECURSOS

Nome completo do recorrente:

Número da identidade:

Número do CPF:

Emprego:

Telefone:

Motivo do recurso:

Recurso contra gabarito preliminar e/ou prova objetiva

Recurso contra resultado preliminar da prova prática/veicular/título

Recurso contra resultado preliminar da solicitação de inscrição regular

Recurso contra resultado preliminar atendimento diferenciado

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Recurso contra resultado preliminar da prova objetiva

Recurso contra resultado preliminar da solicitação de isenção da taxa de inscrição

Recurso contra resultado preliminar da condição de candidato com deficiência

Impugnação ao edital do certame

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Fundamentação do recurso*:

*Conforme este Edital: “serão indeferidos os recursos que não estiverem devidamente fundamentados”.



ESTADO DE SÃO PAULO
PREFEITURA MUNICIPAL DE IARAS
EDITAL DO PROCESSO SELETIVO N.º 001,
DE 11 DE JANEIRO DE 2024



FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO PARA SOLICITAÇÃO DE ISENÇÃO DE TAXA DE INSCRIÇÃO

Eu, _____, candidato(a) à função _____, Cód. _____, apresento e declaro ser de minha exclusiva responsabilidade a apresentação dos documentos anexos. Estes são verdadeiros e válidos na forma da Lei, sendo comprovados conforme Edital do certame para fins de isenção do pagamento da Taxa de Inscrição no **Concurso Público da Prefeitura de Iaras**.

Por ser expressão da verdade.

Pede deferimento.

_____ - _____, _____ de 2024.

CANDIDATO(A)

CPF: _____

(destacar)

Recebido e conferido por _____

Nome do responsável pelo recebimento deste documento.

(Quando os documentos são recebidos pessoalmente)



ESTADO DE SÃO PAULO
PREFEITURA MUNICIPAL DE IARAS
EDITAL DO PROCESSO SELETIVO N.º 001,
DE 11 DE JANEIRO DE 2024



**FORMULÁRIO DE DECLARAÇÃO DE SOLICITAÇÃO DE ATENDIMENTO
DIFERENCIADO – ATENDIMENTO ESPECIAL, PESSOA COM DEFICIÊNCIA, SABATISTA,
LACTANTE, GESTANTE E PESSOA TRANSGÊNERA**

Nome completo do solicitante:

Número da identidade:

Número do CPF:

Emprego:

Telefone:

1. Candidato(a) necessita de atendimento especial

Se sim:

Intérprete de libras

Ledor

Mesa para cadeirante

Prova com fonte ampliada (fonte tamanho 24)

Sala de fácil acesso (andar térreo com rampa)

Tempo adicional (uma hora a mais de prova)

Transcritor

Uso de prótese auditiva

Outro, especificar:

Não	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>

Obrigatório envio de documentos conforme edital
2. Candidato(a) possui deficiência

Se sim:

Especifique a deficiência:

N.º do CID:

Nome do médico que assina do Laudo:

N.º do CRM:

Não	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>
------------	--------------------------	------------	--------------------------

Obrigatório envio de documentos conforme edital
3. Candidato(a) guarda os sábados

Não	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>
------------	--------------------------	------------	--------------------------

Obrigatório envio de documentos conforme edital
4. Candidata é lactante

Obrigatório envio de documentos conforme edital

Não	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>
------------	--------------------------	------------	--------------------------



ESTADO DE SÃO PAULO
PREFEITURA MUNICIPAL DE IARAS
EDITAL DO PROCESSO SELETIVO N.º 001,
DE 11 DE JANEIRO DE 2024



5. **Candidata é gestante**

Obrigatório envio de documentos conforme edital

6. **Pessoa transgênero**

Obrigatório envio de documentos conforme edital

Não Sim

Não Sim

Por ser expressão da verdade.

Pede deferimento.

_____ - _____, _____ de 2024.

CANDIDATO(A)

CPF: _____

(destacar)

Recebido e conferido por _____

Nome do responsável pelo recebimento deste documento.

(Quando os documentos são recebidos pessoalmente)