

ANEXO VI
DECLARAÇÃO DE DEFICIÊNCIA

Dados do médico:

Nome completo _____,

CRM/UF: _____, Especialidade _____.

Declaro que o(a) Sr.(ª) _____, Identidade nº _____, CPF _____, inscrito(a) como Pessoa com Deficiência na Seleção Pública Simplificada autorizada pela Portaria Conjunta SEPLAGTD/FCCR nº /2021, de 04 de outubro de 2021, concorrendo a uma vaga para a função de _____, fundamentado no exame clínico e nos termos da legislação em vigor, é considerado pessoa com deficiência por apresentar a deficiência _____, da espécie _____ (física/auditiva/visual), grau _____ / nível _____, com CID _____, em razão da provável causa: _____

Recife, ____/____/____

Ratifico as informações acima
(assinatura e carimbo do Médico declarante)