## ANEXO V
## FORMULÁRIOS

### FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO PARA SOLICITAÇÃO DE ISENÇÃO DE TAXA DE INSCRIÇÃO

Eu, _____, candidato(a) à vaga de_____, 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 **Processo Seletivo da Prefeitura de São Carlos**.

Por ser expressão da verdade.

Pede deferimento.

_____ - ____, _____de 2026.

_____
CANDIDATO(A)

CPF:_____

**FORMULÁRIO DE DECLARAÇÃO DE SOLICITAÇÃO DE ATENDIMENTO DIFERENCIADO**

Nome completo do solicitante:

Número da identidade:

Número do CPF:

Vaga:

Telefone:

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **1.** | **Candidato(a) necessita de atendimento especial** | **Não** | | **Sim** | |
| | Se sim: | Não | | Sim | |
| | Intérprete de libras | Não | | Sim | |
| | Ledor | Não | | Sim | |
| | Mesa para cadeirante | Não | | Sim | |
| | Prova com fonte ampliada (fonte tamanho 24) | Não | | Sim | |
| | Sala de fácil acesso (andar térreo com rampa) | Não | | Sim | |
| | Tempo adicional (uma hora a mais de prova) | Não | | Sim | |
| | Transcritor | Não | | Sim | |
| | Uso de prótese auditiva | Não | | Sim | |
| | Outro, especificar: | | | | |
| | *Obrigatório envio de documentos conforme edital* | | | | |
| **2.** | **Candidato(a) possui deficiência** | **Não** | | **Sim** | |
| | Se sim:<br>Especifique a deficiência:<br><br>N.º do CID:<br><br>Nome do médico que assina o Laudo:<br><br>N.º do CRM: | | | | |
| | *Obrigatório envio de documentos conforme edital* | | | | |
| **3.** | **Candidata é lactante** | **Não** | | **Sim** | |
| | *Obrigatório envio de documentos conforme edital* | | | | |
| **4.** | **Candidata é gestante** | **Não** | | **Sim** | |
| | *Obrigatório envio de documentos conforme edital* | | | | |
| **5.** | **Pessoa transgênero** | **Não** | | **Sim** | |
| | *Obrigatório envio de documentos conforme edital* | | | | |
| **6.** | **Canhoto** | **Não** | | **Sim** | |

Por ser expressão da verdade.

Pede deferimento.

_____ - ____, _____de 2026.

_____
CANDIDATO(A)

CPF:_____

**MODELO DE REQUERIMENTO DE RESULTADO DA AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA**

AO
INSTITUTO DOM.

C/C
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO CARLOS.

Referência: Edital n.° 002/2026 da Secretaria de Educação do Município de São Carlos.

Cargo: _____

Ilmos. Srs.,

Eu, **NOME COMPLETO DO(A) CANDIDATO(A)**, inscrito neste concurso sob o n° **NÚMERO DE INSCRIÇÃO DO(A) CANDIDATO(A)**, inscrito no RG sob n° **NÚMERO DO RG DO CANDIDATO**, CPF sob n° **NÚMERO DO CPF DO(A) CANDIDATO(A)**, endereço de e-mail **ENDEREÇO DE E-MAIL DO(A) CANDIDATO(A)**, telefone sob n° **NÚMERO DO TELEFONE DO(A) CANDIDATO(A) INCLUINDO O DDD**, residente na **ENDEREÇO COMPLETO DO(A) CANDIDATO(A)**, na cidade de **CIDADE DE RESIDÊNCIA DO(A) CANDIDATO(A)**, venho por meio deste, com fulcro no artigo 5o, inciso XXXIII da Constituição Federal, na Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, Resolução CFP n.º 002, 21 de janeiro de 2016, REQUERER as seguintes informações:

1. Em motivo de inaptidão na avaliação psicológica, solicito o procedimento denominado “entrevista devolutiva” que ocorrerá via aplicativo Google Meet que será marcado, com dia e horário determinado pelo(a) psicólogo(a) que aplicou a avaliação psicológica que deve informar por e-mail;
2. O nome completo do(a) avaliador(a) psicólogo(a) responsável pela avaliação psicológica, o seu número de inscrição no Conselho Regional de Psicologia;
3. Cópia do laudo técnico profissional conclusivo, devidamente assinado pelo(a) responsável que aplicou a minha avaliação.

Certo de vossa compreensão, aguarda retorno.

CIDADE, DATA.

NOME COMPLETO DO(A) CANDIDATO(A)
ASSINADO COM FIRMA RECONHECIDA ou ASSINATURA DIGITAL ou GOV.BR