

ANEXO II

REQUERIMENTO DE ATENDIMENTO ESPECIAL

Eu, _____

Portador (a) da cédula de identidade n.º _____, inscrito (a) no CPF n.º _____, venho REQUERER atendimento especial (*descrever o tipo de necessidade*) no dia de realização da prova do Processo Seletivo Unificado para o preenchimento de vagas nos Programas de Residência Médica no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso para o ano de 2022, declarando que preencho os requisitos necessários para deferimento da solicitação, que as informações aqui prestadas e os documentos apresentados são verdadeiros e estou ciente que a minha solicitação está condicionada à possibilidade, à razoabilidade e às disposições deste Edital.

Cidade/sigla da UF, dia e mês/Ano

Assinatura do candidato