



CRM-MT
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE MATO GROSSO

ANEXO IV

MODELO DE AUTODECLARAÇÃO PARA FINS DE CONCORRÊNCIA À RESERVA DE VAGAS ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Eu,

_____ ,
candidato (a) inscrito (a) no Processo Seletivo do CRM-MT Nº 01/2020, Edital n. 002/2020, para o cargo de Médico Fiscal, CRM-MT n. _____ ,
DECLARO que sou portador de deficiência, nos termos da Lei nº 7.853/1989, do Decreto Federal n. 3.298/1999 e da Lei nº 9.508/2018, e solicito a minha participação nesta seleção dentro dos critérios assegurados ao Portador de Deficiência, conforme determinado no edital.

Data:

Assinatura do Candidato: