

ANEXO III

**EDITAL Nº 001/2015 – NEP/CEBEP/SEED
REQUERIMENTO PARA USO DE CANDIDATO PORTADOR DE ENFERMIDADE E/OU
HOSPITALIZADO**

Nome do candidato _____,

Inscrito ao curso de _____

Inscrição nº _____ residente na _____

_____ nº _____ bairro _____

Fone () _____, portador da
enfermidade _____

Requer a Vossa Senhoria condições especiais para fazer a Prova do PSE-2015/
NEP/CEBEP/SEED aos cursos de Educação Profissional Técnica de Nível Médio, anexando,
para tanto, Atestado Médico, conforme exigido no subitem 7.2 do edital 001/2015.

N. Termos

P. Deferimento

Macapá, ____/____/ 2015.

Assinatura

Carteira de identificação/Órgão expedidor