



**ANEXO VI – MODELO DE DECLARAÇÃO E DE LAUDO MÉDICO PARA
VAGAS DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA (PcD)**

Eu, _____ (nome completo),
_____ (estado civil), _____ (profissão), portador(a) do documento de identidade nº
_____, inscrito(a) no CPF sob o nº _____, residente e domiciliado(a) à

(endereço completo cidade/estado/CEP), candidato(a) para ingresso no cargo de
_____ do **Concurso Público do Município de Perdigoão/MG –
Edital nº 01/2024, declaro**, para fins de reserva de vagas, ser Pessoa com Deficiência (PcD) à luz da(s)
legislação(ões) presente(s) e solicito participação no certame dentro dos critérios assegurados à PcD,
conforme previsto no respectivo Edital.

Anexado a esta declaração apresento o Laudo Médico, atestando:

- a) A espécie e o grau ou o nível da minha deficiência, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doenças – CID, o enquadramento da deficiência no Decreto Federal nº 3.298, de 24 de outubro de 1999 e suas alterações e no Decreto Federal nº 9.508, de 24 de setembro de 2018 e suas alterações, a assinatura e o carimbo do registro do Conselho Regional de Medicina – CRM do médico responsável pela emissão do documento.

Por ser verdade, firmo o presente e, nestes termos, peço deferimento.

_____, ____/____/_____.
(Local) (Data)

Assinatura do(a) candidato

