

FORMULÁRIO PARA REQUISIÇÃO DE CONDIÇÕES ESPECIAIS

PROCESSO SELETIVO PARA O PREENCHIMENTO DO CARGO
DE _____ EDITAL _____

NOME DO CANDIDATO:

DESCRIÇÃO DA NECESSIDADE:

NECESSIDADE ESPECIAL PARA A REALIZAÇÃO DA PROVA:

ANEXAR ATESTADO MÉDICO.

Goiânia, ___/___/_____

Assinatura do Candidato

VIA DO CANDIDATO

PROTOCOLO DE RECEBIMENTO PARA REQUISIÇÃO DE CONDIÇÕES
ESPECIAIS

NOME COMPLETO DO CANDIDATO: _____

DATA E HORÁRIO DA ENTREGA: _____

RESPONSÁVEL PELA ENTREGA: () CANDIDATO () REPRESENTANTE LEGAL

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO: _____

 @agirsaude

 /agirsaude

 /agir.saude

 /tvagir

 /agirsaude

 secretariageral@agirsaude.org.br

 (62) 3995-5406



Av. Olinda com Av. PL3, Qd. H4 Lt 1,2,3 Ed. Lozandes Corporate Design,
Torre Business, 20º Andar, Parque Lozandes. Goiânia - Goiás - CEP: 74884-120