

Formulário para Solicitação de Atendimento Diferenciado
(Hospitalizado)

Eu, _____,
(nome completo)
documento de identidade nº _____,
candidato(a) inscrito(a) no Processo Seletivo/Concurso
_____, com
escolha para o Curso/Cargo de _____, venho solicitar que
seja permitida a realização da prova do dia ____/____/_____ no Hospital
_____, apto/enfermaria nº _____, situado à
_____.

Anexo a esta, seguem a solicitação do(a) Dr(a).
_____, médico que está acompanhando o meu
tratamento, e a autorização do(a) Sr(a).
_____, representante do Hospital.

Salvador, _____ de _____ de 20__

Assinatura do candidato

Dados complementares

Nº telefone candidato:	
Pessoa de contato	
Nome:	Nº telefone: