



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE MINAS GERAIS
GABINETE DA DIREÇÃO GERAL DO CAMPUS SANTA LUZIA
Rua Érico Veríssimo, 317, Londrina, Santa Luzia, Minas Gerais
concursos.santaluzia@ifmg.edu.br

ANEXO IV				
RELAÇÃO E PROTOCOLO DE DOCUMENTOS ENTREGUES				
Nome:				
CPF:		Inscrição:		Área de atuação:
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				

Santa Luzia, __/__/__

Assinatura do(a) candidato(a): _____

Assinatura da Comissão Organizadora: _____



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE MINAS GERAIS
GABINETE DA DIREÇÃO GERAL DO CAMPUS SANTA LUZIA
Rua Érico Veríssimo, 317, Londrina, Santa Luzia, Minas Gerais
concursos.santaluzia@ifmg.edu.br

ANEXO V

TERMO DE DESISTÊNCIA

Eu, _____, portador(a) do
CPF _____, candidato(a) com nº de inscrição _____
aprovado(a) em_º lugar no PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO destinado à seleção de
candidatos para contrato como PROFESSOR VISITANTE para o *Campus* _____, na área
de _____, homologado através do Edital nº ____/____, publicado no
DOU de __/__/__, manifesto a minha desistência em ocupar a vaga.

(Local e data) _____, ____/____/____.

[Nome e assinatura do candidato]



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE MINAS GERAIS
GABINETE DA DIREÇÃO GERAL DO CAMPUS SANTA LUZIA
Rua Érico Veríssimo, 317, Londrina, Santa Luzia, Minas Gerais
concursos.santaluzia@ifmg.edu.br

EDITAL Nº 001/2019

PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO PARA PROFESSOR VISITANTE

ANEXO VI					
REQUERIMENTO DE CONDIÇÕES ESPECIAIS					
Nome:					
CPF:		Inscrição:		Área de atuação:	
<u>Necessidade especial:</u>					
	Auditiva		Motora		Visual
	Outras. Especificar.				
<u>Condições especiais:</u>					
Especifique quais as condições especiais serão necessárias para a realização da sua prova.					

Este requerimento deve ser acompanhado de laudo médico com indicação do CID atestando a necessidade relatada.

(Local e data) _____, ____/____/____.

