



## Polícia Civil do Estado do Paraná

Delegado de Polícia, Investigador de Polícia e Papiloscopista

Concurso Público - EDITAL Nº 002/2020



### Requerimento para ADIAMENTO da Prova de Aptidão Física

Número de Inscrição: \_\_\_\_\_

Nome completo: \_\_\_\_\_

Venho requerer o **ADIAMENTO** da etapa da Prova de Aptidão Física, com base no subitem 16.9.2 do EDITAL Nº 002/2020 que estabelece: *“Considerando a data estipulada para a Prova de Aptidão Física, a candidata que estiver em ciclo gravídico ou em período de superação dessa condição, compreendido por até 120 (cento e vinte) dias a contar da data do parto ou do fim do período gestacional ocasionado por outro motivo, deverá solicitar, mediante requerimento, e no período estipulado em edital, o adiamento da Prova de Aptidão Física.”*

Estou ciente que, em caso de gravidez no momento do preenchimento deste requerimento, tenho o prazo de até 30 (trinta) dias, após a realização do parto ou do fim do período gestacional (em caso de aborto), para preencher o Requerimento para Remarcação da Prova de Aptidão Física, enviando novo documento médico ou certidão de nascimento (para determinar o dia do parto), sob pena de ser desclassificada do certame, conforme descrito nos subitens 16.9.4 a 16.9.8 do edital regulador.

Sob pena de incorrer em desclassificação do certame, conforme disposto na alínea “a” do subitem 22.1 do edital regulador (*“Além das condições previstas em cada etapa e fase do Concurso Público, será desclassificado o candidato que: em qualquer tempo, apresentar declaração falsa ou inexata dos dados, bem como a falsificação de declarações ou de dados e/ou outras irregularidades na documentação, resultando, assim, no cancelamento da inscrição e anulação de todos os atos dela decorrentes, implicando, em qualquer época, a eliminação automática do candidato, sem prejuízo das cominações legais cabíveis;”*), **presto as informações:**

Estou grávida ( ) SIM ( ) NÃO

Período gestacional na data do requerimento: \_\_\_\_\_

e

Estou no período de superação da condição gravídica ( ) SIM ( ) NÃO

Data do parto ou do fim do período gestacional (no caso de aborto): \_\_\_\_\_

**Documento comprobatório enviado:** Atestado Médico ( )

Certidão de nascimento da criança ( )

Por ser verdade, peço deferimento.

Local e Data: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_