



FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO PARA SOLICITAÇÃO DE ATENDIMENTO ESPECIAL NO DIA DE REALIZAÇÃO DAS PROVAS

Nome: _____

Número de inscrição: _____

Se você necessita de atendimento especial para o dia de realização das provas, assinale o(s) tipo(s) de necessidade(s) e envie este formulário e o laudo médico, conforme descrito no Edital de abertura do concurso público.

Marque um dos campos abaixo:

1. NECESSIDADES FÍSICAS:

- apoio para perna
- mesa para cadeiras de rodas
- mesa e cadeiras [separadas] (gravidez de risco)
- mesa e cadeiras separadas (obesidade)
- mesa e cadeiras separadas (limitações físicas)
- sala para amamentação (candidata que tiver necessidade de amamentar seu bebê)
- sala individual (candidatos com doenças contagiosas/outras)
- sala térrea (dificuldade de locomoção)
- outros. Especifique: _____

1.1 AUXÍLIO PARA PREENCHIMENTO

- da folha de respostas das provas (dificuldade de escrever)
- outros. Especifique: _____

2 NECESSIDADES VISUAIS (CEGO OU PESSOA COM BAIXA VISÃO)

- auxílio na leitura da prova (ledor)
- prova em braille e ledor
- prova ampliada (fonte entre 14 e 16)
- prova superampliada (fonte 28)



3 NECESSIDADES AUDITIVAS (PERDA TOTAL OU PARCIAL DA AUDIÇÃO)

() intérprete de LIBRAS (Língua Brasileira de Sinais)

4 OUTRAS NECESSIDADES. ESPECIFIQUE:

Declaro conhecer e aceitar todas as normas estabelecidas nos Editais e Regulamento. Comprometo-me a entregar todos os documentos comprobatórios dos requisitos exigidos no edital de abertura do concurso público, estando ciente de que, se não o fizer, não terei acesso ao atendimento especial no dia da prova.

Data

Assinatura