

FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE ATENDIMENTO ESPECIAL

Nome Completo do Candidato:
Número do CPF:
Nome da deficiência conforme Código CID:
Cidade e Estado:
Área de Estudo:

Eu, candidato (a) acima qualificado (a), inscrito (a) no Concurso Público para Docentes de 3º Grau da UFAL, venho Requerer a V.Sa. condições especiais para fazer as Provas do referido Concurso, anexando, como meio comprobatório e de acordo com o Especificado nos Editais nº 101/2014 (Condições Gerais) e 28/2015 (Edital de Abertura) que regem o Certame, Laudo Médico com a especificação do tipo de necessidade e/ou deficiência do qual sou portador(a) (Código CID). Para tanto identifico abaixo o tipo de recurso necessário para o dia da prova e que mais se adequará a minha deficiência/necessidade.

1. NECESSIDADES FÍSICAS
- mesa para cadeiras de rodas prova ampliada (fonte entre 14 e 18)
- mesa e cadeiras separadas (gravidez de risco) Fonte 14
- mesa e cadeiras separadas (obesidade) Fonte 16
- mesa e cadeiras separadas (limitações físicas) Fonte 18
- sala para amamentação
- sala individual (candidatos com doenças contagiosas/outras) prova superampliada (fonte entre 20 e 22) (amblíope)
- sala térrea (dificuldade de locomoção) Fonte 20
- 1.1. AUXÍLIO PARA PREENCHIMENTO Fonte 22
- da prova escrita (dificuldade/impossibilidade de escrever)
- 1.2. AUXÍLIO PARA LEITURA DA PROVA (LEDOR)
- tetraplegia
2. NECESSIDADES VISUAIS (CEGO OU PESSOA COM BAIXA VISÃO)
- auxílio na leitura da prova (ledor)
3. NECESSIDADES AUDITIVAS (PERDA TOTAL OU PARCIAL DA AUDIÇÃO)
- intérprete de LIBRAS (Língua Brasileira de Sinais)
4. () AMAMENTAÇÃO
5. OUTROS (especificar) _____

Declaro conhecer e aceitar todas as normas estabelecidas nos Editais nº 101/2014 (Condições Gerais) e 28/2015 (Edital de Abertura).

_____, _____ de _____ de 2015.
(Cidade/Estado) (dia) (mês)