



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 Processo Seletivo Simplificado para Recrutamento de Professor Substituto da UFAL, venho Requerer a V.Sa. condições especiais para fazer as Provas do referido Processo Seletivo, anexando, como meio comprobatório e de acordo com o Especificado no Edital de Abertura nº 12/2016 que rege 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
☐ mesa e cadeiras separadas (gravidez de risco)
☐ mesa e cadeiras separadas (obesidade)
☐ mesa e cadeiras separadas (limitações físicas)
☐ sala para amamentação
☐ sala individual (candidatos com doenças contagiosas/outras)
☐ sala térrea (dificuldade de locomoção)

☐ prova ampliada (fonte entre 14 e 18)

☐ Fonte 14

☐ Fonte 16

☐ Fonte 18

☐ prova superampliada (fonte entre 20 e 22) (amblíope)

☐ Fonte 20

☐ Fonte 22

1.1. AUXÍLIO PARA PREENCHIMENTO

- ☐ 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

Declaro conhecer e aceitar todas as normas estabelecidas no Edital de Abertura nº 12/2016.

_____, _____ de _____ de 201____.
(Cidade/Estado) (dia) (mês)

Assinatura do Candidato