

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 33/2015 (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
 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)

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)
 prova ampliada (fonte entre 14 e 18)

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 30/2015 (Edital de Abertura).

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

Assinatura do Candidato