



PROCESSO SELETIVO PUBLICO/2018

Apex Brasil – Agência Brasileira de Promoção de Exportações e Investimentos

REQUERIMENTO PARA CONCORRER ÀS VAGAS DESTINADAS AS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Eu _____, CPF nº _____, Inscrição nº _____, candidato(a) no **Processo Seletivo Público da Agência Brasileira de Exportações e Investimentos – Apex Brasil, VENHO REQUERER:**

() vaga especial para **CONCORRER COMO PESSOA COM DEFICIENCIA;**

() solicitação de **ATENDIMENTO ESPECIAL** no dia de aplicação da prova.

Nessa ocasião, apresento laudo médico com a respectiva Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), no qual constam os seguintes dados:

Tipo de deficiência que possuo: _____.

Código correspondente da (CID): _____.

Nome do médico responsável pelo laudo: _____.

Número de registro no Conselho Regional de Medicina (CRM) do médico responsável pelo laudo: _____.

REQUERIMENTO DE PROVA ESPECIAL E(OU) TRATAMENTO ESPECIAL

(selecione o tipo de prova e (ou) o(s) tratamento(s) especial(is) necessário(s))

Marque com um X no quadrado correspondente caso necessite, ou não, de prova especial e(ou) de tratamento especial.

() Não há necessidade de prova especial e(ou) de tratamento especial.

() Há necessidade de prova e(ou) de tratamento especial.

Solicito, conforme laudo médico em anexo, atendimento especial no dia da aplicação da prova conforme a seguir (selecione o tipo de prova e (ou) o(s) tratamento(s) especial(is) necessário(s)):

<p>1. Necessidades físicas:</p> <p>() sala térrea (dificuldade para locomoção)</p> <p>() sala individual (candidato com doença contagiosa / outras).</p> <p>Especificar _____.</p> <p>() mesa para cadeira de rodas</p> <p>() apoio para perna</p> <p>() mesa e cadeira separadas</p> <p>1.1. Auxílio para preenchimento</p> <p>() dificuldade/impossibilidade de escrever</p> <p>() da folha de respostas da prova objetiva</p> <p>1.2. Auxílio para leitura (ledor)</p> <p>() dislexia</p> <p>() tetraplegia</p>	<p>2. Necessidades visuais (cego ou pessoa com baixa visão)</p> <p>() auxílio na leitura da prova (ledor)</p> <p>() prova em <i>braille</i></p> <p>() prova ampliada (fonte entre 14 e 16)</p> <p>() prova superampliada (fonte 28)</p> <p>3. Necessidades auditivas (perda total ou parcial da audição)</p> <p>() intérprete de Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS)</p> <p>() leitura labial</p> <p>() uso de aparelho auditivo – mediante justificativa médica</p> <p>4. Amamentação</p> <p>() sala para amamentação (candidata que tiver necessidade de amamentar seu bebê)</p> <p>5. Outros</p> <p>() Tempo Adicional – mediante justificativa médica</p> <p>() Porte de arma (Lei Federal no 10.826/2003)</p> <p>() Uso do nome social: _____</p> <p>_____</p>
--	---

_____, _____ de _____ de 2018.

Assinatura do(a) candidato(a)