

**CONCURSO PÚBLICO PARA PROVIMENTO DE VAGAS EM CARGOS DE NÍVEL SUPERIOR
COMISSÃO NACIONAL DE ENERGIA NUCLEAR – CNEN**

SOLICITAÇÃO DE ATENDIMENTO ESPECIAL

Eu _____, CPF nº _____, Inscrição nº _____, candidato(a) ao CONCURSO PÚBLICO PARA PROVIMENTO DE VAGAS EM CARGOS DE NÍVEL SUPERIOR COMISSÃO NACIONAL DE ENERGIA NUCLEAR - CNEN, SOLICITO, de acordo com laudo médico/documento comprobatório em anexo, atendimento especial no dia de aplicação das provas conforme a seguir (selecione o tipo de prova e (ou) o(s) tratamento(s) especial(is) necessário(s)):

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

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: _____.

AUTORIZAÇÃO

EXCLUSIVO E OBRIGATÓRIO PARA OS CANDIDATOS QUE SOLICITAREM AUXÍLIO PREENCHIMENTO Eu, no dia da prova necessitarei de auxílio preenchimento ou ledor e autorizo a gravação e /ou filmagem durante a realização da prova.

ASSINATURA

_____ (____), _____ de _____ de 2025.

Assinatura do(a) candidato(a)

SERÁ ACEITO SOMENTE PEDIDOS ENCAMINHADOS CONFORME EDITAL subitem 8.1