

Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação
Centro Nacional de Tecnologia Eletrônica Avançada S.A.
Concurso Público para Formação de Cadastro de Reserva em Cargos de Nível Superior e Nível Médio
Edital nº01/2016, de 11 de novembro de 2015

ANEXO VI
REQUERIMENTO DE PROVA ESPECIAL E (OU) TRATAMENTO ESPECIAL

Eu, _____, CPF nº _____, Inscrição nº _____, candidato(a) ao cargo de _____,

Código nº _____, do concurso público para provimento de formação de cadastro de reserva para cargo de nível superior e médio do Quadro de Pessoal do **Centro Nacional de Tecnologia Eletrônica Avançada – CEITEC S.A.**, 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)):

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

2. Necessidades visuais (cego ou pessoa com baixa visão)

- auxílio na leitura da prova (ledor)
- prova em *braille*
- 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. Outros

- Tempo Adicional – mediante justificativa médica

5. Amamentação

- sala para amamentação (candidata que tiver necessidade de amamentar seu bebê)

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 e número de registro no Conselho Regional de Medicina (CRM) do médico responsável pelo laudo:

_____.

_____, _____, de _____, de 20____

Assinatura do (a) candidato (a)