

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
EDITAL NORMATIVO Nº 1 – RP/SES-DF/2019, DE 27 DE AGOSTO DE 2018

REQUERIMENTO DE PROVA ESPECIAL E(OU) TRATAMENTO ESPECIAL

Eu, _____,
CPF nº _____, Inscrição nº _____, candidato(a) ao cargo de _____,
código _____ do Processo Seletivo para Ingresso nos Programas de Residência Médica Desenvolvidos em Hospitais, Atenção Primária e Demais Cenários de Prática da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, solicito atendimento especial no dia da aplicação da prova de acordo com os dados constantes no laudo anexo, descrito a seguir:

Tipo de deficiência que possuo e Código correspondente da (CID):

Deficiência _____ CID: _____.

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

Médico _____ CRM _____.

REQUERIMENTO DE PROVA ESPECIAL E(OU) TRATAMENTO ESPECIAL

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

<p>1. Necessidade física: () sala térrea (dificuldade de locomoção) () sala individual (doença contagiosa/outros) Especificar: _____ () mesa para cadeira de rodas () mesa e cadeira separadas</p> <p>1.1 Auxílio preenchimento: () da folha de resposta da prova objetiva () impossibilidade de escrever</p> <p>1.2 Auxílio para leitura (ledor) () dislexia () tetraplegia</p>	<p>2. Necessidade visuais: () auxílio na leitura da prova (ledor) () prova em <i>braille</i> () prova ampliada (fonte 14 e/ou 16) () prova super ampliada (fonte 28)</p> <p>3. Necessidade auditiva: () interprete de Língua Brasileira de Sinais(LIBRAS) () leitura labial () uso de aparelho auditivo MEDIANTE JUSTIFICATIVA MÉDICA</p> <p>4. Outros () tempo adicional MEDIANTE JUSTIFICATIVA MÉDICA</p> <p>5. Amamentação () sala para amamentar (candidata que tiver necessidade de amamentar su bebê)</p>
--	--

_____, _____ de _____ de 20____.

_____ Assinatura do(a) candidato(a)