

REQUERIMENTO PARA CONCORRER ÀS VAGAS DESTINADAS AOS CANDIDATOS COM DEFICIÊNCIA

EU (favor preencher com letra de forma - todos os campos são obrigatórios),

| | | |
|--|------------------|----------------------|
| NOME COMPLETO (SEM ABREVIACÕES): | | |
| | | |
| Nº DA IDENTIDADE (RG) / ÓRGÃO EMISSOR: | CPF: | DATA DE NASCIMENTO: |
| / - | . . - | / / |
| CARGO: | CÓDIGO DO CARGO: | NÚMERO DE INSCRIÇÃO: |
| | | |
| E-MAIL: | | TELEFONE: |
| @ | | () |

candidato(a) no **concurso público para provimento de vagas e formação de cadastro de reserva em cargos de nível superior do CFQ, VENHO REQUERER:**

- vaga especial para pessoa com deficiência;
 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 possui: _____.

Código correspondente da (CID): _____.

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

_____.

Observação: não serão considerados como deficiência os distúrbios de acuidade visual passíveis de correção simples, tais como, miopia, astigmatismo, estrabismo e congêneres. Ao assinar este requerimento, o(a) candidato(a) declara sua expressa concordância em relação ao enquadramento de sua situação, nos termos do Decreto Federal nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004, publicado no *Diário Oficial da União* de 3 de dezembro de 2004, sujeitando-se à perda dos direitos requeridos em caso de não homologação de sua situação, por ocasião da realização da perícia médica.

REQUERIMENTO DE PROVA ESPECIAL E(OU) DE TRATAMENTO ESPECIALMarque 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)):

| | |
|---|---|
| 1. Necessidades físicas: <input type="checkbox"/> sala térrea (dificuldade para locomoção) <input type="checkbox"/> sala individual (candidato com doença contagiosa / outras). Especificar _____. <input type="checkbox"/> mesa para cadeira de rodas <input type="checkbox"/> apoio para perna <input type="checkbox"/> mesa e cadeira separadas 1.1. Auxílio para preenchimento <input type="checkbox"/> dificuldade/impossibilidade de escrever <input type="checkbox"/> da folha de respostas da prova objetiva 1.2. Auxílio para leitura (ledor) <input type="checkbox"/> dislexia <input type="checkbox"/> tetraplegia | 2. Necessidades visuais (cego ou pessoa com baixa visão) <input type="checkbox"/> auxílio na leitura da prova (ledor) <input type="checkbox"/> prova em <i>braille</i> <input type="checkbox"/> prova ampliada (fonte entre 14 e 16) <input type="checkbox"/> prova superampliada (fonte 28) 3. Necessidades auditivas (perda total ou parcial da audição) <input type="checkbox"/> intérprete de Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS) <input type="checkbox"/> leitura labial <input type="checkbox"/> uso de aparelho auditivo – mediante justificativa médica 4. Outros <input type="checkbox"/> Tempo Adicional – mediante justificativa médica |
|---|---|

Tenho ciência que sou responsável pela veracidade e pela qualidade da documentação apresentada e que o **IADES** não se responsabiliza pela análise de documentos ilegíveis e (ou) com baixa resolução.

É de minha responsabilidade exclusiva o correto preenchimento desta declaração e a entrega, no prazo regular, da documentação requerida em conformidade com o edital normativo do concurso público.

_____, (____), _____ de _____ de 2021.

Assinatura do(a) candidato(a)