

CONCURSO PÚBLICO PARA O PROVIMENTO DE VAGAS E FORMAÇÃO DE CADASTRO DE RESERVA NOS CARGOS DE PROFESSOR DE EDUCAÇÃO SUPERIOR E DE TUTOR DE EDUCAÇÃO SUPERIOR**SOLICITAÇÃO DE ATENDIMENTO ESPECIAL**

Eu _____, CPF nº _____, inscrição nº _____, candidato(a) ao **concurso público para provimento de vagas e formação de cadastro de reserva nos cargos de Professor de Educação Superior e de Tutor de Educação Superior** para o cargo; _____, código do cargo, _____, **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)):

REQUERIMENTO DE PROVA ESPECIAL E(OU) TRATAMENTO ESPECIAL

<p>1. Necessidades físicas: () sala térrea (dificuldade para locomoção) () sala individual (candidato com doença contagiosa / outras). Especificar _____ () mesa para cadeira de rodas () mesa e cadeira separadas 1.1. Auxílio para preenchimento () dificuldade/impossibilidade de escrever () da folha de respostas da prova objetiva 2. Auxílio para leitura, necessidades visuais (cego ou pessoa com baixa visão) () ledor () prova em braille () prova ampliada (fonte entre 14 e 16) () prova superampliada (fonte 28)</p>	<p>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: _____.

_____ (____), _____ de _____ de 2022.

Assinatura do(a) candidato(a)