

REQUERIMENTO PARA SOLICITAÇÃO DE ATENDIMENTO ESPECIAL

(Edital nº 15, de 14 de Fevereiro 2019 – (PROFICIÊNCIA 2019))

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO/ ENTREGA/ENVIO DO REQUERIMENTO:

1) Preencher **01(UM)** formulário para cada candidato;

2) O requerimento deverá ser entregue da seguinte forma:

2.1) **Presencial**

O requerimento deverá ser impresso, preenchido, datado e assinado e entregue na:

Local: Comissão Permanente de Concursos/UFAM

Endereço: Av. Rodrigo Octávio nº. 2.600, Bairro do Coroado I, Campus Universitário Sen. Arthur Virgílio Filho - Setor Sul, Prédio da COMPEC (antiga COMVEST), CEP 69077-000, Manaus/AM

2.2) **Eletrônico**

*O requerimento deverá ser impresso, preenchido, datado, assinado e **escaneado** e enviado para o **e-mail:***
comvest@ufam.edu.br

3) O período para entrega do Requerimento e documentação, será a partir **das 10h do dia 01/03/2019 até as 17h do dia 19/03/2019.**

IDENTIFICAÇÃO DO CONCURSO

Edital:	15/2019 - de 14 de Fevereiro de 2019
Descrição:	PROFICIÊNCIA-2019

IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO

Nome:	
Número da Inscrição:	
RG:	
CPF:	
Endereço:	
Telefone:	
E-mail:	
CID:	

MARQUE COM (X) OS DOCUMENTOS ENTREGUES

<input type="checkbox"/>	Requerimento solicitando atendimento
<input type="checkbox"/>	Ficha de Inscrição
<input type="checkbox"/>	Cópia do RG e do CPF
<input type="checkbox"/>	Laudo Médico com indicação do tipo e do grau de deficiência do qual é portador, com referencia ao Código da Classificação internacional da Doença – CID e com a especificação de suas necessidades quanto ao atendimento personalizado.
<input type="checkbox"/>	Comprovante do pagamento da Taxa de Inscrição.
<input type="checkbox"/>	Outros documentos: ...

MARQUE COM (X) O ATENDIMENTO DIFERENCIADO E/OU ESPECÍFICO NECESSÁRIO

1 – Atendimento Diferenciado:

<input type="checkbox"/>	Prova ampliada (Indique o tamanho da fonte): 24(); 28()
<input type="checkbox"/>	Ledor de Prova
<input type="checkbox"/>	Transcritor de Prova/Cartão resposta
<input type="checkbox"/>	Tempo adicional para realização da prova
<input type="checkbox"/>	Outra condição:

2 – Atendimento Específico:

<input type="checkbox"/>	Gestante
<input type="checkbox"/>	Lactante
<input type="checkbox"/>	Outra condição:

O solicitante amparado nos termos da legislação vigente vem respeitosamente requerer a V. Sa. o atendimento especial e/ou diferenciado, dispondo de documentos comprobatórios da condição que motiva a solicitação, conforme Laudo Médico, em anexo, com indicação do tipo e do grau de deficiência da qual é portador, bem como a indicação do CID e demais documentos comprobatórios em anexo. Estando ciente de que as informações aqui prestadas devem ser exatas e fidedignas, sob pena de ser eliminado do Concurso.

Termos em que pede e aguarda deferimento.

_____, ____ de _____ de 2019.

Assinatura do(a) Candidato(a)