

REQUERIMENTO PARA SOLICITAÇÃO DE ATENDIMENTO ESPECIAL

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO/ ENTREGA / ENVIO DO REQUERIMENTO:

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

2) O requerimento poderá ser entregue das seguintes formas:

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, 6.200 – Campus Universitário Sen. Arthur Virgílio Filho – Setor Sul, CEP 69077-000 – B. Coroado – Manaus-AM.

Horário: 08:00 às 12:00h e das 13:00 às 17:00h.

2.2) Eletrônica

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

3) O período para entrega deste requerimento e a documentação constante no item 4.1.3 do Edital 55/2017, será **11/08 a 04/09/2016** conforme previsto no Edital supracitado.

IDENTIFICAÇÃO DO CONCURSO

Edital:	55/2017
Descrição:	Processo Seletivo Contínuo - PSC2018 - 2ª ETAPA - PROJETO 2019

IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO

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

MARQUE COM (X) OS DOCUMENTOS ENTREGUES

<input type="checkbox"/>	Requerimento de solicitação de prova especial
<input type="checkbox"/>	Cópia da Ficha de Inscrição preenchida
<input type="checkbox"/>	Cópia do RG e CPF
<input type="checkbox"/>	Laudo médico com indicação do tipo e do grau de deficiência do qual é portador, com referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doenças - CID e com especificação de suas necessidades quanto ao atendimento personalizado.
<input type="checkbox"/>	Comprovante de pagamento da taxa de inscrição
<input type="checkbox"/>	Outro documento: _____

REQUERIMENTO PARA SOLICITAÇÃO DE ATENDIMENTO ESPECIAL

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

1) Atendimento **diferenciado**:

<input type="checkbox"/>	Prova ampliada (Indique abaixo o tamanho da fonte):
<input type="checkbox"/>	24
<input type="checkbox"/>	28
<input type="checkbox"/>	Leitura de prova
<input type="checkbox"/>	Transcritor de prova
<input type="checkbox"/>	Interprete de Libras
<input type="checkbox"/>	Tempo adicional de até 60 minutos 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, dispondo de documentos comprobatórios da condição que motiva a solicitação, conforme Laudo Médico com indicação do tipo e 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 _____

Assinatura do(a) Candidato(a)

Comprovante de Recebimento (Via COMPEC)		
Nome:		
RG:	CPF:	Número de folhas apresentadas:
Assinatura do candidato:	Assinatura do recebedor:	Data:

Comprovante de Recebimento (Via candidato)		
Nome:		
RG:	CPF:	Número de folhas apresentadas:
Assinatura do candidato:	Assinatura do recebedor:	Data: