****

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS**

**COORDENAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO DE CONCURSOS**

**REQUERIMENTO DE ATENDIMENTO DIFERENCIADO PARA REALIZAÇÃO DE PROVA**

CONCURSO PÚBLICO EDITAL GR/CID/NAI/SI/SAEE Nº \_\_\_01\_/\_2019\_\_

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Inscrição nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RG nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

CPF nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, candidato ao cargo de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ área(se houver)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, venho requerer o atendimento diferenciado abaixo descrito, em conformidade com o atestado médico que será anexado ao requerimento.

Descrição do tipo de atendimento diferenciado solicitado:

( ) Local para amamentação.

( ) Auxílio de fiscal para leitura (Ledor).

( ) Prova ampliada com fonte em tamanho 18.

( ) Prova super ampliada com fonte em tamanho 24.

( ) Intérprete de Libras.

( ) Cartão-resposta ampliado.

( ) Sala em local de fácil acesso (Dificuldade de Locomoção).

( ) Auxílio de fiscal para transcrever as respostas das questões para o cartão resposta (Transcritor).

( ) Uso de aparelho auditivo.

( ) Mesa e cadeira separada

( ) outro.

Especificar detalhadamente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Declaro estar ciente de que as informações que estou prestando são de minha inteira responsabilidade e de que, a qualquer momento do processo do concurso se averiguado fraude ou inverdade das informações prestadas, serei eliminado automaticamente do mesmo.

Data: \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Requerente

Recebimento pelo NAI/UFPel: Resposta NAI:

( ) Deferido

( ) Indeferido

Obs. Anexar documentos médicos que comprovem a necessidade de atendimento diferenciado, citado acima, e enviar / entregar para o NAI conforme edital.