**REQUERIMENTO DE CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA REALIZAÇÃO DAS PROVAS (ESTE FORMULÁRIO DESTINA-SE A CANDIDATO/A PORTADOR/A DE DEFICIÊNCIA, RECÉM ACIDENTADO/A, RECÉM OPERADO/A E CANDIDATA QUE ESTIVER AMAMENTANDO)**

Ilmo. Sr. Coordenador,

Presidente da Comissão do Processo Seletivo Edital Nº.  do Programa de Pós-Graduação em Gestão Organizacional– UFCAT.

Eu,  portador do Documento de Identificação Nº , órgão expedidor candidato (a) ao Processo Seletivo regido pelo citado edital, venho requerer de V. S.ª condições especiais para realizar as provas das etapas deste Edital, conforme as informações prestadas a seguir.

Catalão (GO), Clique aqui para inserir uma data.

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

Assinatura do(a) Candidato(a)

**ATENÇÃO!**

• As condições especiais solicitadas serão concedidas mediante análise prévia do grau de necessidade, segundo os critérios de viabilidade e razoabilidade.

• O (a) candidato (a) portador (a) de deficiência deverá entregar este anexo pelas vias informadas no edital, juntamente com a documentação necessária para a Inscrição do Processo Seletivo, na Secretaria do Programa de Pós-Graduação em Gestão Organizacional, no horário de funcionamento, devidamente preenchido, juntamente com cópia do Laudo Médico ou Atestado Médico, em papel timbrado e assinado com registro profissional que o emite, emitido no máximo até 03 (três) meses.

• O (a) candidato (a) que sofreu acidente ou foi operado recentemente deverá entregar nos endereços citados no edital, até 48 horas antes das Provas do Processo Seletivo, este devidamente preenchido e o respectivo Atestado Médico ou Laudo Médico.

• A candidata que estiver amamentando deverá anexar ao requerimento, cópia do Documento de Identificação do (a) acompanhante e entregá-lo no mesmo endereço, até 48 horas antes das Provas constantes no Edital.

Preencha corretamente as informações abaixo para que possamos atendê-lo em sua necessidade da melhor forma possível.

**ASSINALE O MOTIVO DO REQUERIMENTO:**

  Qual: 

CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA A PROVA OBJETIVA 1 PORTADOR(A) DE DEFICIÊNCIA

**1.1 VISUAL**





**1.1.1 Quais os recursos necessários para fazer a Prova:**

para cegos - Ledor, folhas brancas e limpas e mesa espaçosa;

 para visão subnormal – Ledor, papel para rascunho e prova ampliada.

Caso necessite de prova ampliada, indique o tamanho da fonte. (Observe os exemplos abaixo):

Tamanho 14

Tamanho 16

Tamanho 18

Tamanho 20

**NOTA:** As provas para os deficientes visuais totais serão lidas e registradas por um profissional capacitado. Para maior segurança do (a) candidato (a), todos os procedimentos adotados durante a realização das provas serão gravados e/ou filmados.

Registre, se for o caso, outras condições especiais necessárias, inclusive tempo adicional:



**1.2 AUDITIVA**

Total

Parcial

Faz uso de aparelho?  Sim  Não

Registre, se for o caso, outras condições especiais necessárias, inclusive tempo adicional:



**1.3 FÍSICA**

Parte do corpo:

Membro superior (braços/mãos)

Membro inferior (pernas/pés)

Outra parte do corpo. Qual? 

Necessita de um fiscal para responder (escrever) as provas? Sim  Não 

Utiliza algum aparelho para locomoção? Sim  Não  Qual? 

Necessita de algum móvel especial para fazer a prova? Sim  Não 

Em caso positivo, qual? 

**2 – AMAMENTAÇÃO**

Nome Completo do (a) Acompanhante do(a) Bebê:



Nº do Documento de Identificação e órgão Expedidor: 

**3 - OUTROS**

Candidato (a) portador (a) de outro tipo de deficiência ou temporariamente com problemas graves de saúde (acidentado/a, operado/a e outros), registre, a seguir, o tipo/doença e as condições necessárias:



Catalão (GO), Clique aqui para inserir uma data.

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

Assinatura do (a) Candidato(a)