

REQUERIMENTO - PORTADOR DE NECESSIDADE ESPECIAL

Preencha corretamente e encaminhe, JUNTAMENTE COM O LAUDO MÉDICO, conforme estabelece o respectivo edital, para que seja analisada a possibilidade de atender a sua necessidade da melhor forma possível.

CONCURSO/PROCESSO SELETIVO:		EDITAL:	
NOME DO CANDIDATO:			
NOME E CÓDIGO DO CARGO:		Nº INSCRIÇÃO:	
Nº DOCUMENTO:	TIPO DOCUMENTO:	Nº	
ENDEREÇO:			
TEL. FIXO:	CELULAR:	E-MAIL:	
TIPO DE DEFICIÊNCIA:	VISUAL ()	FÍSICA ()	AUDITIVA ()

Vem requerer reserva de vaga como pessoa portadora de necessidade especial, com base no Decreto Federal nº 3.298/99.

Se você precisa de atendimento especial para realização de sua prova, assinale a necessidade

Deficiência Visual	<input type="checkbox"/> Ledor e Copista – aplicador especial que faz a leitura da prova e que transcreve as respostas das questões para o candidato
	<input type="checkbox"/> Tempo adicional (até 1 hora) – Devidamente justificado (quando for o caso)
	<input type="checkbox"/> Sala especial
	Prova ampliada <input type="checkbox"/> Tamanho 18 <input type="checkbox"/> Tamanho 20 <input type="checkbox"/> Tamanho 22
Deficiência Auditiva	<input type="checkbox"/> Intérprete de linguagem de sinais
	<input type="checkbox"/> Sala especial
Deficiência Física	<input type="checkbox"/> Acesso para cadeirante
	<input type="checkbox"/> Prancheta
	<input type="checkbox"/> Sala especial
<input type="checkbox"/> Não necessita de prova e/ou atendimento especial	

Outras condições/recursos especiais necessário: _____

Data: ___ / ___ / ____

Assinatura do candidato ou responsável

PARA USO DA COPESE

Deferido Indeferido

Data: ___ / ___ / ____

Membro da Copese