

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:			Nº INSCRIÇÃO:	
CARGO/CURSO:				
Nº IDENTIDADE:		Nº CPF:		
TEL. FIXO:	CELULAR:	E-MAIL:		
TIPO DE DEFICIÊNCIA:	VISUAL ()	FÍSICA ()	AUDITIVA ()	

Assinale o tipo de atendimento especial desejado

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