



REQUERIMENTO PARA ATENDIMENTO ESPECIALIZADO – PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

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 DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO:			
TEL. FIXO:	CELULAR:	E-MAIL:	
TIPO DE DEFICIÊNCIA:	() VISUAL	() FÍSICA	() AUDITIVA
() INTELECTUAL	() MENTAL	() TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA	() MÚLTIPLA (assinalar as deficiências)

ASSINALE O TIPO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 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)
	() Prova em formato digital para utilização de computador com software de leitura de tela ou de ampliação de tela
	() Prova impressa em braille;
	Prova ampliada () Tamanho 18 () Tamanho 20 () Tamanho 22
	() Sala especial
Deficiência Auditiva	() Fiscal Intérprete de Linguagem de Sinais - Libras
	() Prova gravada em vídeo por fiscal Intérprete de Linguagem de Sinais - Libras
	() Autorização para utilização de aparelho auricular, sujeito à inspeção e à aprovação pela autoridade responsável pelo concurso público, com a finalidade de garantir a integridade do certame
	() Sala especial
Deficiência Física	() Facilidade de acesso às salas e demais instalações de uso coletivo no local de realização das provas
	() Mobiliário adaptado e espaços adequados para a realização da prova
	() Designação de fiscal para auxiliar no manuseio da prova e na transcrição das respostas
	() Sala especial
OUTRAS CONDIÇÕES/RECURSOS ESPECIAIS NECESSÁRIOS:	
() NÃO NECESSITA DE PROVA E/OU ATENDIMENTO ESPECIALIZADO	

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do candidato ou responsável

PARA USO DA COPESE

() Deferido () Indeferido

Data: ____ / ____ / ____

Membro da Copese