**ANEXO V**

**REQUERIMENTO DE RESERVA DE VAGAS PARA CANDIDATO COM DEFICIÊNCIA E/OU ATENDIMENTO ESPECIAL/ESPECÍFICO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO** | | | |
| Nome |  | | |
| Carteira de Identidade RG nº |  | Órgão Expedidor |  |
| CPF |  | Fone |  |
| Curso pretendido |  | | |
| Nº de inscrição |  | | |
| E-mail |  | | |

**Deseja participar da reserva de vagas destinadas a candidatos com deficiência, conforme previsto na Lei 13.409/2016?**

Não  Sim

**Tipo de Deficiência:**

Física  Auditiva  Visual  Mental  Múltipla

**Necessita de condições especiais para realização da(s) prova(s)**

Não  Sim

**Conforme o item 5 e subitens deste Edital, solicito:**

Auxílio de fiscal ledor para a leitura da prova.

Auxílio de fiscal transcritor.

Utilização de lupa eletrônica.

Acesso facilitado em função de dificuldade de locomoção ou uso de cadeira de rodas.

Sala de andar térreo.

Tempo adicional de uma hora.

Permissão para uso de medicamento durante a prova.

Permissão para utilizar meu aparelho auditivo durante a prova.

Intérprete de Libras.

Correção da minha redação adaptada em função de minha primeira língua ser a Libras.

Cadeira e mesa adequadas à minha estatura ou amputação.

Espaço reservado para amamentação (**indicar nome do responsável para acompanhar a criança**).

Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CPF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_RG\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Descrever o atendimento diferenciado:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

O candidato inscrito como pessoa com deficiência que necessitar de tempo adicional para a realização das provas deverá requerê-lo, com justificativa acompanhada de parecer emitido por especialista da área de sua deficiência.

|  |  |
| --- | --- |
| **RELAÇÃO DE DOCUMENTOS QUE DEVEM SER ENVIADOS EM ANEXO** | |
|  | Cópia do comprovante de inscrição no Processo Seletivo |
|  | Cópias do RG e CPF |
|  | Cópia do laudo médico, **emitido nos últimos 12 (doze) meses** por profissionais de saúde especializados na área de deficiência do candidato e desde que tais profissões sejam regulamentadas, atestando o tipo e o grau ou nível da deficiência, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). |

**Obs: Sem a entrega do formulário com a relação de documentos, o candidato não concorrerá a vaga reservada a pessoas com deficiência e/ou atendimento diferenciado.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_.

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

Assinatura do (a) requerente ou responsável legal