**ANEXO VII**

**REQUERIMENTO DE RESERVA DE VAGAS PARA CANDIDATO COM DEFICIÊNCIA**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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

|  |  |
| --- | --- |
| RELAÇÃO DE DOCUMENTOS EM ANEXO | |
|  | Cópia do comprovante de inscrição no Processo Seletivo |
|  | Cópias da carteira de identidade 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 e relação de documentos, o candidato não concorrerá a vaga reservada a pessoas com deficiência.

Cuiabá-MT, de de .

Assinatura do requerente ou responsável legal