**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