

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE MATO GROSSO

*CAMPUS* CUIABÁ - OCTAYDE JORGE DA SILVA

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO**

**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 transcrito.

☐ 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