**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