**ANEXO V**

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO** | | | | |
| Nome |  | | | |
| Carteira de Identidade RG nº | |  | Órgão Expedidor |  |
| CPF |  | | Telefone |  |
| 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 QUE DEVEM SER ANEXADOS | |
| ☐ | Requerimento de reserva de vagas para candidato com deficiência (Anexo V). |
| ☐ | Cópias da carteira de identidade 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 e relação de documentos, o candidato não concorrerá a vaga reservada a pessoas com deficiência.

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

Assinatura do requerente