**Edital 04, de 26 de Janeiro de 2024**

**Concurso Público para provimento de cargos da carreira de Técnico-Administrativo em Educação para o Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso**

**Anexo V**

**REQUERIMENTO DE RESERVA DE VAGAS PARA CANDIDATO COM DEFICIÊNCIA E/OU CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA REALIZAÇÃO DA PROVA**

|  |
| --- |
| **IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO** |
| **Nome** |       |
| **RG** |       | **Órgão Expedidor**  |       |
| **CPF** |       | **Telefone** |       |
| **Cargo Pretendido** |       |
| **Nº do protocolo de Inscrição** |       |
| **E-mail** |       |

**Deseja participar da reserva de vagas destinadas a candidatos com deficiência, conforme previsto no Decreto Federal nº 3.298/1999?**

[ ]  Não     [ ]  Sim

**Tipo de Deficiência:**

[ ]  Física     [ ]  Auditiva     [ ]  Visual     [ ]  Mental     [ ]  Múltipla

**Necessita de condições especiais para realização da(s) prova(s)**

[ ]  Não     [ ]  Sim

**Em caso positivo, favor especificar:**

**[ ]  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 em andar térreo.**

**[ ]  Tempo adicional de uma hora (Verificar o item 6.2.1.1 do edital)**

**[ ]  Permissão para uso de medicamento durante a prova.**

**[ ]  Permissão para utilizar meu aparelho auditivo durante a prova.**

**[ ]  Intérprete de Libras.**

**[ ]  Cadeira e mesa adequadas à minha estatura ou amputação.**

**[ ]  Outro:**

**ATENDIMENTO ESPECÍFICO:**

[ ]  **Lactante**

**Indicar o nome do responsável pela criança durante a realização da prova:**

Nome:

Documento de Identidade:

**OBSERVAÇÃO:** Conforme o item 10.7.1.2 do edital, mesmo que a inscrição do candidato seja deferida como PcD e que ele seja aprovado em vaga destinada a pessoa com deficiência, a posse no cargo nesta condição, só ocorrerá após o candidato passar pela apuração e a comprovação da deficiência com base em documentos fornecidos pelo candidato e em procedimento de avaliação por perícia médica oficial multidisciplinar anteriormente à nomeação no concurso, conforme a legislação vigente.

(     )  **Ciente**

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

Assinatura do Candidato