# **ANEXO IX**

**REQUERIMENTO PARA CANDIDATO COM**

**DEFICIÊNCIA E/OU ATENDIMENTO ESPECIAL/ESPECÍFICO**

|  |
| --- |
| **IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO** |
| Nome |  |
| Carteira de Identidade RG nº |  | Órgão Expedidor |  |
| CPF |  | Fone |  |
| Nº de inscrição |  |
| E-mail |  |

**Tipo de Deficiência:**

Física  Auditiva  Visual  Mental  Múltipla

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

 Não  Sim

**Conforme o item 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.

 , de de .

Assinatura do (a) requerente ou responsável legal