

EDITAL Nº 32/2018

ANEXO 3

REQUERIMENTO DE CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA REALIZAÇÃO DA PROVA

Senhor(a) Presidente da Comissão Permanente de Processo Seletivo do Centro Universitário UnirG.

Eu, _____
 CPF: _____ candidato(a) ao **PROCESSO SELETIVO PARA TRANSFERÊNCIA EXTERNA, INTERNA, DE TURNO, DE GRAU E PORTADOR DE DIPLOMA 2018/2** inscrição nº. _____, curso: _____ venho requerer atendimento especial para fazer as provas, para a qual apresentarei comprovação médica, conforme estabelecido no Edital e regulamento deste Vestibular.

TIPO DE DEFICIÊNCIA	ATENDIMENTO SOLICITADO
VISUAL	<input type="checkbox"/> Prova ampliada ;
	<input type="checkbox"/> Auxílio de leitor;
	<input type="checkbox"/> Auxílio de transcritor;
	<input type="checkbox"/> Outros: especificar no espaço reservado à observações.
AUDITIVA	<input type="checkbox"/> Permissão para uso do aparelho auditivo;
	<input type="checkbox"/> Intérprete de libras;
	<input type="checkbox"/> Outros: especificar no espaço reservado a observações.
FÍSICA/MOTORA (especifique o tipo)	<input type="checkbox"/> Auxílio de fiscal para transcrever as respostas das questões para o cartão de respostas;
	<input type="checkbox"/> Apoio para perna;
	<input type="checkbox"/> Mesa para cadeira de rodas ou limitações físicas;
	<input type="checkbox"/> Mesa e cadeira separadas (gravidez de risco ou obesidade);
	<input type="checkbox"/> Rampa de acesso ao local de provas
	<input type="checkbox"/> Sala individual (candidato com doença contagiosas/outras);
	<input type="checkbox"/> Sala em local de fácil acesso (dificuldade de locomoção);
	<input type="checkbox"/> Outros: especificar no espaço reservado à observações.
TEMPORARIAMENTE COM PROBLEMAS GRAVE DE SAÚDE	<input type="checkbox"/> Acidentado;
	<input type="checkbox"/> Pós-cirúrgico
	<input type="checkbox"/> Acometido por doença. Qual? _____
	<input type="checkbox"/> Outro caso. Qual? _____
OBSERVAÇÕES:	

_____, ____/____/____
 Local Data

 Assinatura do Candidato(a)