

REQUERIMENTO DE CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA REALIZAÇÃO DA PROVA

**Para
Comissão Permanente de Processo Seletivo
Universidade Católica de Pelotas**

Senhor Coordenador:

Eu, _____,
Carteira de Identidade nº _____, venho requerer o atendimento especial abaixo descrito, em virtude de ser pessoa com deficiência designada e grau especificado no **laudo em anexo**.

Descrição do tipo de atendimento especial solicitado:

Declaro estar ciente de que as informações, que estou prestando, são de minha inteira responsabilidade e de que, a qualquer momento do Processo Seletivo, se averiguada fraude ou inverdade das informações prestadas, serei eliminado automaticamente do mesmo.

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Requerente

ATENÇÃO!

- Os candidatos com deficiência de qualquer natureza, necessitando de condições especiais e/ou tratamento diferenciado para a realização da prova, deverão entregar este requerimento, devidamente preenchido, na Central de Atendimento, no Campus I da UCPel (Rua Gonçalves Chaves, 373) de segunda a sexta-feira, das 9h15min às 21h15min, exceto aos sábados, domingos e feriados nacionais, até 48 horas úteis, antes da data escolhida para a realização da prova de redação.
- O candidato, que sofreu acidente ou foi operado recentemente, ou está acometido por alguma doença, deverá entregar na Central de Atendimento este formulário devidamente preenchido com o respectivo atestado médico, de acordo com o horário de funcionamento até 48 horas antes da realização da prova.
- A candidata em aleitamento deverá anexar, ao requerimento, uma cópia legível do documento de identificação do acompanhante, o qual terá acesso ao local de realização da prova mediante apresentação do documento original de identidade.

- O deferimento de solicitação de atendimento especial será dado, levando em consideração a razoabilidade do pedido, as possibilidades e as disposições descritas no Manual de Candidato.
- A divulgação da decisão sobre os Pedidos de Condições Especiais de prova será realizada por e-mail.
- **Em nenhuma hipótese, a UCPel autorizará a realização de provas em locais diferentes dos estipulados previamente pela COPERPS.**

PREENCHA CORRETAMENTE AS INFORMAÇÕES PARA QUE A COMISSÃO PERMANENTE DO PROCESSO SELETIVO POSSA ATENDER A SUA NECESSIDADE DA MELHOR FORMA POSSÍVEL.

ASSINALE COM UM X O MOTIVO DO REQUERIMENTO:

() Pessoa com deficiência () Amamentação () Outros. Qual?

1. PESSOA COM DEFICIÊNCIA (PCD)

1.1 VISUAL

() Total () Parcial

Necessita de um fiscal para preencher o Cartão de Respostas? () Sim () Não

Marque os recursos necessários para fazer a prova:

Para PCD visual total, () ledor

Para PCD visual parcial, () ledor () prova ampliada

1.2 AUDITIVA

Deficiência auditiva () Total () Parcial

Faz uso de aparelho auditivo? () Sim () Não

Necessita de intérprete de LIBRAS? () Sim () Não

1.3 FÍSICA

Parte do corpo:

() Membro superior (braços/mãos)

() Membro inferior (pernas/pés)

() Outra parte do corpo. Qual?

Necessita de um fiscal para preencher o cartão de respostas? () Sim () Não

Necessita de um fiscal para preencher a folha de redação? ()Sim ()Não
Utiliza algum aparelho para locomoção? ()Sim ()Não Qual?

2. AMAMENTAÇÃO

Nome completo do acompanhante do bebê: _____

Nº do documento de identificação: _____ Órgão expedidor: _____

Observação: O original desse documento deverá ser apresentado no dia da Prova.

3. OUTROS

O candidato com outro tipo de deficiência ou temporariamente com problemas graves de saúde (acidentado, operado e outros), deve registrar, a seguir, o tipo/doença e as condições necessárias para a realização da prova:

(via da UCPel)

PROTOCOLO DE REQUERIMENTO DE CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA REALIZAÇÃO DAS PROVAS

Nome do Candidato: _____

RG Nº : _____ CPF Nº: _____

Inscrição nº: _____

Data: ___/___/___

Assinatura do funcionário: _____

(via do candidato)

PROTOCOLO DE REQUERIMENTO DE CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA REALIZAÇÃO DAS PROVAS

Nome do Candidato: _____

RG Nº : _____ CPF Nº: _____

Inscrição nº: _____

Data: ___/___/___

Assinatura do funcionário: _____