

REQUERIMENTO ESPECÍFICO PARA SOLICITAÇÃO DE ATENDIMENTO E/OU CONDIÇÃO ESPECIAL PARA A REALIZAÇÃO DE PROVA

Este formulário deverá ser entregue pessoalmente ou remetido por SEDEX para a FAURGS, no endereço constante no subitem 3.5 do Edital n.º 12/2015-DRH-SELAP-CONJUIZ, juntamente com Atestado Médico (original ou fotocópia autenticada) que comprove o tipo de necessidade, bem como as condições diferenciadas de que necessita o candidato solicitante.

Ao enviar este documento, o candidato fica ciente de que o preenchimento incorreto deste requerimento, bem como a falta de dados no mesmo, resultará no indeferimento da solicitação.

Nome Completo:

N.º de Inscrição no Concurso:

**INSCRITO NAS VAGAS
RESERVADAS ÀS PESSOAS
COM DEFICIÊNCIA**

Condição: ()

Solicito atendimento e/ou condição especial para a realização de PROVAS no referido Concurso Público.

<u>AMAMENTAÇÃO</u>	<u>AUXÍLIO PARA PREENCHIMENTO DE FOLHA ÓPTICA</u>	<u>BRAILE</u>	<u>INTÉRPRETE DE LIBRAS</u>	<u>LEDOR</u>	<u>PROVA AMPLIADA(FONTE TAHOMA, TAM. 18)</u>	<u>FÁCIL ACESSO/ SALA TÉRREA</u>	<u>OUTROS</u>
()	()	()	()	()	()	()	()

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO E/OU DESCRIÇÃO DAS CONDIÇÕES QUE NECESSITA.

Porto Alegre, ____ de _____ de 2015.

Assinatura do Candidato