



FORMULÁRIO PARA CANDIDATO INSCRITO COMO PESSOA COM DEFICIÊNCIA E/OU PARA SOLICITAÇÃO DE ATENDIMENTO/CONDIÇÃO ESPECIAL



CONCURSO PÚBLICO PARA CARGOS TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS EM EDUCAÇÃO – NÍVEIS DE CLASSIFICAÇÃO C, D E E
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
EDITAIS DE ABERTURA NºS 12/22, 13/22 E 14/22 – TA – SUGESP/UFRGS

NOME DO(A) CANDIDATO(A): _____

Nº DE INSCRIÇÃO: _____ Nº DO EDITAL: _____

CARGO: _____

NOME E CRM DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ATESTADO MÉDICO: _____

Nº DO CID: _____ DATA DE EMISSÃO DO ATESTADO MÉDICO _____

CONDIÇÃO: () PESSOA COM DEFICIÊNCIA () PESSOA SEM DEFICIÊNCIA

TIPO DE DEFICIÊNCIA: _____

O candidato que se declarar Pessoa com Deficiência no ato de inscrição, para concorrer à reserva de vagas, deverá comprovar através de Atestado Médico (original ou fotocópia autenticada), a deficiência que apresenta.

O candidato inscrito na condição de Pessoa com Deficiência deverá enviar obrigatoriamente, para o endereço eletrônico faurgs.concursosdocumentos@ufrgs.br, até 22/12/2022:

- **o Atestado Médico, digitalizado**, comprovando a espécie e o grau ou o nível da deficiência, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doença – CID. Este deverá conter ainda, obrigatoriamente, o nome, a assinatura, a data e o número do CRM do Médico, com a indicação da provável causa da deficiência, emitido com data a contar de 24/05/2022; **Documento de Identificação e CPF, digitalizados e o requerimento específico preenchido, conforme modelo disponibilizado no site da FAURGS.**

SOLICITO ATENDIMENTO E/OU CONDIÇÃO ESPECIAL: SIM () NÃO ()

Para solicitação de atendimento e/ou condição especial, para a realização da prova, o candidato deverá preencher o requerimento específico, conforme modelo disponibilizado no site da FAURGS, e enviá-lo até 15/12/2022 para o endereço eletrônico faurgs.concursosdocumentos@ufrgs.br, anexando cópia digitalizada de Atestado Médico que especifique e comprove suas necessidades. Observação: No campo "Assunto" do endereço eletrônico, o candidato deverá inserir "Atendimento Especial", seu nome completo e o número de sua inscrição.

Solicito atendimento e/ou condição especial para a realização da PROVA OBJETIVA, apresentando o **ATESTADO MÉDICO (original ou fotocópia autenticada)** que comprova o tipo de necessidade, bem como as condições diferenciadas de que necessito.

Marque abaixo o atendimento necessário:

- () Amamentação
- () Auxílio para preenchimento da Folha de Respostas (Folha Óptica)
- () Braille
- () Intérprete de Libras
- () Ledor
- () Prova ampliada (especificar fonte)
- () Fácil Acesso ou Sala Térrea
- () Tempo Adicional (conforme Edital)
- () Outros tipos de Atendimento Especial (descrever abaixo e justificar)

Obs. É obrigatório anexar o ATESTADO MÉDICO (original ou fotocópia autenticada) com CID, junto a este requerimento.

Porto Alegre, _____ de _____ de 2022.

_Assinatura do Candidato