



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](mailto: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](mailto: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 comprove 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