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 e aos sábados das 9h15min às 15h15min, exceto aos sábados, domingos e feriados nacionais, até a data limite de **20 de fevereiro de 2019**.

• 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: _____