

REQUERIMENTO PARA ATENDIMENTO ESPECIAL

Para:

Comissão Permanente de Processo Seletivo (COPERPS)

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, se
averiguada fraude ou inverdade das informações prestadas, serei eliminado
automaticamente do mesmo.

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Requerente

ATENÇÃO!

- O candidato com deficiência de qualquer natureza, necessitando de condições especiais e/ou tratamento diferenciado (portador de prótese auditiva, prótese metálica, marca passo e/ou tratamento candidato lactante) para realização das provas, deverá enviar este requerimento em formato PDF, devidamente preenchido, para o e-mail central@ucpel.edu.br até às 23h59min do dia 11 de junho de 2021.
- O candidato, que sofreu acidente ou foi operado recentemente, ou está acometido por alguma doença, deverá enviar para central@ucpel.edu.br este formulário devidamente preenchido com o respectivo atestado médico, até 48 horas antes da realização da prova.
- A candidata lactante 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, até 24 horas antes da realização da prova.

- O deferimento de solicitação de atendimento especial será dado, levando em consideração a razoabilidade e viabilidade do pedido.
- A divulgação da decisão sobre os pedidos de atendimento especial 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)

VISUAL

Total Parcial

Marque os recursos necessários para fazer a prova:

Para PCD visual total, leitor

Para PCD visual parcial, leitor prova ampliada

AUDITIVA

Deficiência auditiva Total Parcial

Faz uso de aparelho auditivo? Sim Não

Necessita de intérprete de LIBRAS? Sim Não

FÍSICA

Parte do corpo:

Membro superior (braços/mãos)

Membro inferior (pernas/pés)

Outra parte do corpo. Qual?

Necessita de um fiscal para preencher a folha de respostas? 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:
