

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 2021.

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 preencher o formulário disponibilizado no Site do Vestibular e o enviar para o email vestibular@ucpel.edu.br, até a data limite de 12 de novembro de 2021.
- O candidato que sofreu acidente ou foi operado recentemente, ou está acometido por alguma doença, deverá preencher o formulário disponibilizado no Site do Vestibular e o enviar para o email vestibular@ucpel.edu.br, até **48 horas** antes da realização da prova.

- 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 horários 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 auxílio para responder às questões? () Sim () Não

Marque os recursos necessários para fazer a prova:

Para PCD visual total, () leitor

Para PCD visual parcial, () leitor () 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 auxílio para responder às questões? ()Sim ()Não
Necessita de auxílio para preencher a 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:

Corte aqui -----

PROTOCOLO DE REQUERIMENTO DE CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA REALIZAÇÃO DAS PROVAS

Inscrição nº: _____

Nome do Candidato: _____

RG Nº: _____ CPF Nº: _____

Data: ___/___/2021

Assinatura do funcionário: _____