



ANEXO VI

REQUERIMENTO PARA ATENDIMENTO ESPECIAL PARA REALIZAÇÃO DA REDAÇÃO OU DA ENTREVISTA

Este formulário destina-se aos candidatos que necessitam de condições especiais para a realização das provas do **PROCESSO SELETIVO PARA INGRESSO NO CURSO DE LICENCIATURA EM EDUCAÇÃO DO CAMPO – CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS**, (portadores de deficiência, recém-acidentados, recém-operados, candidatas que estiverem amamentando, etc.)

Ilmo. Sr. Presidente da Comissão do Processo Seletivo da Licenciatura em Educação do Campo IFPA Campus Abaetetuba.

Eu _____ inscrição nº _____, brasileiro (a), portador do Documento de identificação nº _____, órgão expedidor _____, e CPF nº _____, candidato(a) ao **SELETIVO PARA INGRESSO NO CURSO DE LICENCIATURA EM EDUCAÇÃO DO CAMPO – CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS**, venho requerer a V.Sa. **o atendimento especial disposto nas opções abaixo assinaladas:**

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> apoio para membros inferiores | <input type="checkbox"/> intérprete de libras |
| <input type="checkbox"/> auxílio para a leitura da prova (ledor) | <input type="checkbox"/> leitura labial |
| <input type="checkbox"/> mesa e cadeiras separadas (gravidez de risco) | <input type="checkbox"/> maca |
| <input type="checkbox"/> mesa e cadeiras separadas (limitações físicas) | <input type="checkbox"/> mesa para cadeira de rodas |
| <input type="checkbox"/> prova ampliada (fonte entre 14 e 16) | <input type="checkbox"/> prova superampliada (fonte 28) |
| <input type="checkbox"/> prova em braile e ledor | <input type="checkbox"/> sala para amamentação |
| <input type="checkbox"/> sala individual (candidatos com doenças contagiosas) | |
| <input type="checkbox"/> sala térrea (dificuldade de locomoção sob internamento clínico ou hospitalar) | |
| <input type="checkbox"/> auxílio para preenchimento do cartão resposta | |
| <input type="checkbox"/> tempo adicional* | |

* tempo adicional não superior a uma hora. Item exclusivo para pessoas com deficiência, conforme o parágrafo 2º do artigo 40 do decreto nº 3298, de 20 de dezembro de 1999.

_____/PA, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do(a) candidato(a)

Assinatura do(a) responsável se o(a) candidato(a) for menor de idade