Requerimento para Candidato Portador de Necessidade Especiais

Prezado Coordenador da COREME – IC-FUC

Nome:

RG: CPF: Função: Edital nº: Tipo de Deficiência:

Classificação Internacional de Doenças – CID:

Nome e número de registro no Conselho Regional de Medicina (CRM) do médico responsável pelo Laudo:

Requer por meio deste a inscrição como **Portador de Necessidades Especiais.**

**Observação:** O Laudo Médico deverá ser juntado ao presente requerimento.

Para uso da Organização (não preencher esta área).

|  |
| --- |
| \_\_\_deferido \_\_\_indeferido |
| Observação: |
|   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ COORDENADOR COREME ICFUC Assinatura |

**Requerimento de Prova Especial**

Marque com um X quadrado correspondente caso necessite, ou não de prova especial.

* Não há necessidade de prova especial
* Há necessidade de prova especial

No quadro a seguir selecione o tipo de prova.

1. **Necessidade físicas 2. Necessidade Visuais** (cego ou pessoa com baixa visão)
* Sala térrea (dificuldade para locomoção) Sala térrea (dificuldade para locomoção)
* Mesa para cadeira de rodas Prova ampliada

1.1 Auxílio para preenchimento Dificuldade/ impossibilidade de escrever

 Da folha de resposta da prova objetiva

Para uso da Organização (Não preencher esta área).

|  |
| --- |
| \_\_\_deferido \_\_\_indeferido |
| Observação: |
|   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Analisado por (nome) Assinatura |

 Neste Termos,

 P.Deferimento.

Porto Alegre,\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_ de 2021.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Assinatura