



UNIVERSIDADE FEDERAL  
DE ALAGOAS

## FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE ATENDIMENTO ESPECIAL

Nome Completo do Candidato:
Número do CPF:
Nome da deficiência conforme Código CID:
Cidade e Estado:
Área de Estudo:

Eu, candidato (a) acima qualificado (a), inscrito (a) no Concurso Público para Docentes de 3º Grau da UFAL, venho Requerer a V.Sa. condições especiais para fazer as Provas do referido Concurso, anexando, como meio comprobatório e de acordo com o Especificado nos Edital nº 11/2016 (Condições Gerais) e Edital nº 32/2017 (Edital de Abertura) que regem o Certame, Laudo Médico com a especificação do tipo de necessidade e/ou deficiência do qual sou portador(a) (Código CID). Para tanto identifico abaixo o tipo de recurso necessário para o dia da prova e que mais se adequará a minha deficiência/necessidade.

### 1.NECESSIDADES FÍSICAS

- mesa para cadeiras de rodas  
 mesa e cadeiras separadas (gravidez de risco)  
 mesa e cadeiras separadas (obesidade)  
 mesa e cadeiras separadas (limitações físicas)  
 sala individual (candidatos com doenças contagiosas/outras)  
 sala térrea (dificuldade de locomoção)

#### 1.1.AUXÍLIO PARA PREENCHIMENTO

- da prova escrita (dificuldade/impossibilidade de escrever)

#### 1.2.AUXÍLIO PARA LEITURA DA PROVA (LEDOR) e PREENCHIMENTO

- tetraplegia

### 2.NECESSIDADES VISUAIS (CEGO OU PESSOA COM BAIXA VISÃO)

- auxílio na leitura da prova (ledor)  
 prova ampliada (fonte 22)

### 3.NECESSIDADES AUDITIVAS (PERDA TOTAL OU PARCIAL DA AUDIÇÃO)

- intérprete de LIBRAS (Língua Brasileira de Sinais)  
 uso de aparelho auditivo

### 4.AMAMENTAÇÃO

- sala para amamentação

### 5.PORTE DE EQUIPAMENTOS

- tornozeleira eletrônica de monitoramento  
 equipamentos de medicação de glicose ou pressão arterial

### 6.TEMPO ADICIONAL

- acréscimo de 1 (uma) hora.

Justificativa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 7.OUTRAS NECESSIDADES (especificar):

Declaro conhecer e aceitar todas as normas estabelecidas nos Editais e suas alterações, que regem o referido Concurso Público.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.  
(Cidade/Estado) (dia) (mês)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Candidato