## ANEXO IV

## REQUERIMENTO - ATENDIMENTO ESPECIAL

**PSP Nº 334590/2017 E PSP Nº 334589/2017 - SENAR-RS - EDITAL 002/2017**

|  |
| --- |
| Nome do candidato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nº da inscrição: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Função: \_\_­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nome da mãe completo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Sexo: (\_\_) Feminino (\_\_) Masculino E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  RG nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data de Expedição: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_  Tel.: fixo: (\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Vem **REQUERER** atendimento especial no dia de realização das provas do Processo Seletivo de Pessoal. Marcar com **X** ao lado do tipo de atendimento especial que necessite.

(**\_\_**) Acessibilidade no local de provas (Candidato cadeirante).

(**\_\_**) Acessibilidade no local de provas (Candidato com dificuldade de locomoção).

(**\_\_**) Auxílio para preenchimento do cartão de resposta (Candidato com deficiência visual).

(**\_\_**) Auxílio para preenchimento do cartão de resposta (Candidato com deficiência motora que impeça o preenchimento do cartão).

(**\_\_**) Intérprete de Libras (Candidato com deficiência auditiva).

(**\_\_**) Ledor (Candidato com deficiência visual).

(**\_\_**) Prova com letra ampliada (Candidato com deficiência visual). Tamanho da fonte: \_\_\_\_\_\_\_\_

(**\_\_**) Prova em Braille (Candidato com deficiência visual).

(**\_\_**) Sala para amamentação (Candidata lactante).

(**\_\_**) Tempo adicional (Candidato que apresentar parecer original emitido por especialista da área de sua deficiência, atestando a necessidade de tempo adicional, conforme Lei Federal nº 7.853/89).

(**\_\_**) Outro (descrever abaixo).

**ATENÇÃO: Para o atendimento das condições solicitadas, verificar a obrigatoriedade de apresentação de LAUDO MÉDICO com CID emitido há menos de um ano, acompanhado deste requerimento preenchido. No caso de pedido de tempo adicional, é obrigatório PARECER ORIGINAL emitido por especialista da área de sua deficiência justificando sua necessidade junto a esse requerimento.**

## Dados especiais para aplicação das PROVAS (Discriminar abaixo qual o tipo de prova necessário e/ou tratamento especial):

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

Nestes Termos,

Espera Deferimento.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| (Local) |  | (Data) |  | (Assinatura do Candidato) |