

**Acessibilidade no Processo Seletivo - Solicitação**

Inscrição:

Nome:

Curso:

Solicito apoio para a realização da prova, conforme identificação assinalada abaixo

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tipo de Deficiência** | **Física** | Utilizo Cadeira de rodas Solicito Aplicador Redator (Aplicador de prova que escreve comentários)Utilizo Muleta Outro (especificar no espaço para comentários) |
| **Múltipla** | Solicito Aplicador Ledor / Redator (Aplicador de prova que  lê e escreve comentários)Outro (especificar no espaço para comentários) |
| **Auditiva** | Utilizo LIBRAS Solicito interpretação da prova em LIBRASFaço Leitura OrofacialUtilizo Aparelho Auditivo  Bilateral Direito EsquerdoOutro (especificar no espaço para comentários) |
| **Visual** | Solicito Prova Ampliada Fonte............ / tamanho:...................Solicito Ledor/Redator (Aplicador de prova que  lê e escreve comentários)Solicito Prova em Braile Outro (especificar no espaço para comentários) |
| **Motora** | Solicito Aplicador Redator (Aplicador de prova que escreve para o candidato)Outro (Especificar no espaço para comentários) |
|  | **Dislexia** | Solicito a ampliação do tempo para fazer a prova. |

Comentário

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

\* Acrescentar Laudo Médico à Solicitação

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

Assinatura do Candidato São Bernardo do Campo, \_\_\_\_,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_