REQUERIMENTO DE CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA REALIZAÇÃO DAS PROVAS

Este formulário destina-se as(aos) candidatas(os) que necessitam de condições especiais para a realização das provas do processo seletivo para o Programa de Pós-Graduação Mestrado em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente, Passos, UEMG.

Eu, ,

inscrição nº: , CPF nº.:

,portador (a) do documento de identificação nº. :

expedido pelo (a): candidato(a) ao processo seletivo do Mestrado/Doutorado em xxxxxxxxxxxxx da Universidade do Estado de Minas Gerais, venho requerer a V. Sa. condições especiais para realizar a prova, conforme as informações prestadas a seguir.

# ATENÇÃO!

* As condições especiais solicitadas serão concedidas mediante análise prévia do grau de necessidade, segundo os critérios de viabilidade e razoabilidade.

PREENCHA CORRETAMENTE AS INFORMAÇÕES PARA QUE A COMISSÃO DO PROCESSO DE SELEÇÃO DO MESTRADO POSSA ATENDER A SUA NECESSIDADE DA MELHOR FORMA POSSÍVEL.

# ASSINALE, COM UM X, O MOTIVO DO REQUERIMENTO:

( ) Pessoa com deficiência ( ) Amamentação ( ) Outro. Qual? ( )

# PESSOA COM DEFICIÊNCIA

* 1. **VISUAL**

( ) Total (cego) ( ) Subnormal (parcial)

# Caso necessite de prova ampliada, indique o tamanho da fonte. Observe os exemplos abaixo.

( ) Tamanho 14 ( ) Tamanho 16 ( ) Tamanho 18 Necessita de tempo adicional? Sim ( ) Não ( )

Registre, se for o caso, **outras condições especiais necessárias**:

# AUDITIVA

( ) Total ( ) Parcial

Faz uso de aparelho? Sim ( ) Não ( )

Precisa de Intérprete de LIBRAS? Sim ( ) Não ( ) Registre, se for o caso, **outras condições especiais necessárias**:

# FÍSICA

Parte do corpo:

( )Membro superior (braços/mãos) ( )Membro inferior (pernas/pés)

( )Outra parte do corpo. Qual?

( )Utiliza algum aparelho para locomoção? Sim ( )Não( )

Qual?

# AMAMENTAÇÃO

Nome completo do(a) acompanhante do bebe

Nº do documento de identificação (RG):

Órgão expedidor:

# Observação: O original desse documento deverá ser apresentado no dia das provas.

1. **OUTROS**

# Candidato(a) com outro tipo de deficiência ou temporariamente com problemas graves de saúde ou outros situações especiais.

(Acidentado, operado e outros), registre, a seguir, o tipo/doença e as condições necessárias:

, de de 202\_\_\_\_\_\_\_

Local e data

Assinatura