



PROTOCOLO

VESTIBULAR ASCES 2019

REQUERIMENTO DE ATENDIMENTO ESPECIAL PARA CANDIDATOS PORTADORES DE DEFICIÊNCIA

NOME DO(A) CANDIDATO(A): _____

INSCRIÇÃO: _____ CPF: _____

DOCUMENTO DE IDENTIDADE: _____ ORG. EMISSOR: _____ ESTADO _____

TELEFONE: (____) _____

Por ser portador de (tipo de deficiência):

Deficiência auditiva

Surdez

Informar se:

Oralizado

Usa prótese

Perda de mobilidade dos Membros Superiores

Perda de mobilidade dos Membros Inferiores

Outros

Especificar:

Venho requerer atendimento especial para a realização das provas, de acordo com o especificado abaixo:

Especificar:

OBS.: Anexar o atestado do médico assistente, com CID, especificando a necessidade para o caso.

Nome do Médico

CRM.

Telefone

Nestes termos peço deferimento.

_____, ____ de _____ de 2018

Assinatura do Candidato(a) ou do seu Procurador(a)