

Formulário Para Solicitação de ATENDIMENTO ESPECIAL

(Prazo final 16/11/2018)

Enviar somente após o pagamento da inscrição.

Eu _____ CPF nº _____ ,
(nome do candidato)

inscrição nº _____ , telefone nº _____ com base no Edital do Concurso

Vestibular 2019 e no disposto no § 1º do Art. 27 do Decreto 3298/99, **SOLICITO:**

<input type="checkbox"/>	01. Prova no sistema DosVox	<input type="checkbox"/>	07. Escrevedor para Redação
<input type="checkbox"/>	02. Prova em Braile	<input type="checkbox"/>	08. Intérprete de Libras
<input type="checkbox"/>	03. Prova ampliada para fonte tamanho: 20	<input type="checkbox"/>	09. Uso de aparelho auditivo
<input type="checkbox"/>	04. Uso de Sorobã e/ou Lupa	<input type="checkbox"/>	10. Acesso facilitado
<input type="checkbox"/>	05. Ledor	<input type="checkbox"/>	11. Uso de medicamentos
<input type="checkbox"/>	06. Escrevedor para elipses		
<input type="checkbox"/>	12. Avaliação diferenciada da Redação em virtude de ser portador de DISLEXIA		
<input type="checkbox"/>	13. Atendimento diferenciado em virtude de ser portador de DÉFICIT DE ATENÇÃO		
<input type="checkbox"/>	14. Atendimento diferenciado em virtude de (descrever): _____		

- Estou ciente de que a UFRGS atenderá o solicitado levando em consideração critérios de viabilidade e razoabilidade, conforme Edital do Concurso.
- OBRIGATÓRIO apresentação de **Atestado Médico** (legível) contendo a descrição detalhada da necessidade do candidato e o número do CID correspondente.

ATENÇÃO: A SOLICITAÇÃO E OBTENÇÃO DO ATENDIMENTO ESPECIAL NÃO SIGNIFICA A INSCRIÇÃO AUTOMÁTICA DO SOLICITANTE NO CONCURSO VESTIBULAR 2019. AO EFETUAR SUA INSCRIÇÃO NO CV 2019, NO SITE WWW.VESTIBULAR.UFRGS.BR , O CANDIDATO DEVERÁ INFORMAR O SISTEMA DE INGRESSO PELO QUAL DESEJA CONCORRER, E VERIFICAR NO EDITAL A DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA PARA A MATRÍCULA NO SISTEMA DE INGRESSO ESCOLHIDO.

Declaro haver solicitado as condições especiais descritas nos itens

--	--	--	--

Documentos Obrigatórios:

- 1) cópia da ficha de inscrição com comprovação do pagamento.
- 2) cópia da Carteira de Identidade.
- 2) cópia do atestado médico contendo nº CID.
- 3) este formulário preenchido e assinado.

Telefone para contato – OBRIGATÓRIO: _____
(se possível mais de um número)

Porto Alegre, de _____ de 2018.

Assinatura do candidato ou representante

ATENÇÃO: Este documento e respectiva documentação comprobatória devem ser entregues pessoalmente na COPERSE, **OU** enviados pelos Correios, valendo nesse caso para fins de cumprimento de prazo, a data da postagem. Endereço COPERSE: **Rua Ramiro Barcelos, 2574 – Portão K – Bairro Santa Cecília – Porto Alegre/RS – CEP: 90.035-003.** Em caso de dúvidas contatar diretamente a coordenação executiva através do telefone 3308-5909.