

PSE-LICENCIATURAS CLN-2018/2
FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE ATENDIMENTO ESPECIAL
(Prazo final 27/07/2018)

Enviar somente após o pagamento da inscrição.

Eu _____ RG nº _____,
(nome do candidato)

inscrição nº _____, telefone nº _____ com base no Edital do PSE-

Licenciaturas CLN-2018/2 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 Braille | <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 PSE-LICENCIATURAS CLN-2018/2. AO EFETUAR SUA INSCRIÇÃO PSE-LICENCIATURAS CLN-2018/2, NO SITE www.ufrgs.br/coperse/cln2018, 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.