

ANEXO II
FORMULÁRIO DE PROVA ESPECIAL PARA
CANDIDATOS COM DEFICIÊNCIA

Nome do candidato: _____

Vem REQUERER prova especial e/ou condições especiais para realização da prova.

Tipo de necessidade específica que possui:

(OBS.: Não serão considerados como necessidades específicas os distúrbios de acuidade visual passíveis de correção simples do tipo miopia, astigmatismo, estrabismo e congêneres).

Dados especiais para aplicação das PROVAS: (marcar com X no local CASO NECESSITE DE Prova Especial, em caso positivo, discriminar o tipo de prova necessário)

() NECESSITA DE PROVA ESPECIAL e/ou condições especiais (Discriminar abaixo qual o tipo de prova necessário)

Obs.: É obrigatória a apresentação de LAUDO MÉDICO com CID, junto a esse requerimento.

Local e Data

Assinatura