

**FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA A REALIZAÇÃO DA PROVA**

|  |
| --- |
| **IDENTIFICAÇÃO DO(A) SOLICITANTE:** |
| Eu, detentor(a) do Documento deIdentidadeNº .doCPF , candidato(a) aoProcessoSeletivo da Universidade Federal de MinasGerais,curso ,* Solicito condições especiais para a realização daprova.
* Não necessito de condições especiais para a realização dasprovas.

Você é candidato para vaga reservada para pessoa com deficiência?* Sim
* Não

Qual a sua deficiência?( ) Visual ( ) Auditiva ( ) Física( ) TEA ( ) Intelectual ( ) Surdo cegueira |

|  |
| --- |
| **JUSTIFICATIVA ( preencher somente em caso de solicitação de condições especiais para a realização das provas)** |
|  |

|  |
| --- |
| **CONDIÇÕES SOLICITADAS** |
|  |
| 1. **Necessita de algum tipo de prova nos formatos a seguir?**

( ) Sim. ( ) NãoQual?1. ( ) Prova em Braille
2. ( ) Prova Digital (Uso de Computador)
3. ( ) Prova impressa em tinta, fonte ampliada, nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. ( ) Prova Impressa em papel colorido: ( ) Pardo/Reciclado ( ) Cor \_\_\_\_\_\_\_
5. ( ) Prova Impressa em alto-relevo
6. ( ) Outro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
7. **Necessita de alguma condição especial para fazer prova?**

( ) Sim. ( ) NãoQual(is)?1. ( ) Tempo adicional de até 60 minutos
2. ( ) Local isolado
3. ( ) Uso de tampão no ouvido
4. ( ) Outro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. **Necessita de alguma Tecnologia Assistiva?**

( ) Sim. ( ) Não.Qual(is): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_1. **Necessita de alguma adequação de mobiliário ou dispositivo de apoio à mobilidade?**

( ) Sim. ( ) Não.Qual(is): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_1. **Necessita de Tradutor e Intérprete de Libras?**

( ) Sim. ( ) Não.1. **Necessita de algum Software de Suporte pra visualização e leitura?**
2. ( ) Microsoft Word
3. ( ) Adobe Reader
4. ( ) Ampliador de Tela
5. ( ) Leitor de tela (NVDA)
6. ( ) Outro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
7. **Outro(s) tipo(s) de apoio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
 |

Nestes termos, peço deferimento.

Locale data: , , de20

Assinatura do(a) candidato(a) ou do responsável

|  |
| --- |
| **MANIFESTAÇÃO DO ÓRGÃO RESPONSÁBEL NA UFMG** |
|  , , de20  |
|

|  |  |
| --- | --- |
| ASSINATURA DO RESPONSÁVEL | CARIMBO |

 |