

**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. ( ) Não  Qual?   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. ( ) Não  Qual(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 | |