



ANEXO II– PORTADOR DE DEFICIÊNCIA

Nome do Candidato:	
RG Nº:	CPF Nº:
Cargo:	
Nº de Inscrição:	
1- Se você deseja concorrer às vagas destinadas a candidatos portadores de deficiência ou solicitar atendimento especial para os dias de realização das provas, marque um dos campos abaixo. () Desejo concorrer às vagas destinadas a candidatos portadores de deficiência, mas não necessito de atendimento especial. () Desejo concorrer às vagas destinadas a candidatos portadores de deficiência e necessito de atendimento especial. () Não desejo concorrer às vagas destinadas a candidatos portadores de deficiência, mas necessito de atendimento especial. OBS. Para concorrer às vagas destinadas a candidatos portadores de deficiência e para obter o deferimento da solicitação de atendimento especial, o candidato deverá: a) encaminhar este formulário preenchido e laudo médico, conforme subitem 7.7, do edital de abertura do concurso público; b) estar ciente de que a sua qualificação como portador de deficiência e a compatibilidade da deficiência declarada com as atribuições do cargo dependerão de avaliação, na forma estabelecida no mesmo edital. 2- Necessidades Especiais para o dia de Realização das Provas Se você necessita de atendimento especial para o dia de realização das provas, assinale o(s) tipo(s) de necessidade(s) abaixo e envie ou entregue, pessoalmente ou por terceiro, este formulário e o laudo médico, conforme descrito no Edital. 2.1 Necessidades Físicas () sala para amamentação (candidata que tiver necessidade de amamentar seu bebê) () sala térrea (dificuldade para locomoção) () sala individual (candidatos com doenças contagiosas/outras) () maca () cadeiras de rodas () apoio para perna 2.2 Mesa e Cadeira Separadas () gravidez de risco () obesidade () limitações físicas 2.3 Auxílio para Preenchimento (Dificuldade/Impossibilidade de Escrever) () da folha de respostas da prova objetiva 2.4 Necessidades Visuais (Cego ou Pessoa com Baixa Visão) () auxílio na leitura da prova (ledor) () prova ampliada (fonte entre 16 e 20) 2.5 Necessidades Auditivas (Perda Total ou Parcial da Audição) () intérprete de LIBRAS (Língua Brasileira de Sinais) 2.6 Tempo adicional para realização das provas Declaro conhecer e aceitar todas as normas estabelecidas no respectivo Edital – IFPA Local: _____ Data: ____/____/____ _____ Assinatura do candidato ou do procurador	