

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
INSTITUTO DE CIÊNCIAS AGRÁRIAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FLORESTAIS**

**FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE CONDIÇÕES ESPECIAIS
PARA REALIZAÇÃO DO PROCESSO SELETIVO**

Eu, _____, portador(a) do CPF n.º _____, telefone (DDD) _____, candidato a vaga de mestrado no Processo Seletivo referente ao ano 20____, venho requerer, junto à coordenação do Programa, condições especiais, conforme o tipo de recursos abaixo identificados, para realização das avaliações do referido processo, previstas para o dia _____.

Para a devida comprovação e de acordo com o Edital do Processo, anexo a este formulário, cópia autenticada em cartório do laudo médico, datado de ____/____/20____, com justificativa para o atendimento especial solicitado, bem como a respectiva Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID).

Dispositivo, adaptação ou suporte necessários para realização das atividades:

- ☐ Prova em braile
- ☐ Prova com fonte ampliada (formato A3)
- ☐ Intérprete de Língua Brasileira de Sinais (Libras)
- ☐ Apoio de leitor (auxílio para leitura)
- ☐ Apoio de transcritor (auxílio para escrita)
- ☐ Sala de fácil acesso (pessoas com mobilidade reduzida, cadeirantes e obesas)
- ☐ Mobiliário acessível (adequado para pessoas com deficiência ou obesidade)

Necessidade tempo adicional para realização das atividades:

☐ Sim ☐ Não

Ao assinar este requerimento, o(a) candidato(a) declara sua expressa concordância em relação ao enquadramento de sua situação, nos termos do Decreto n.º 5.296, de 2 de dezembro de 2004, publicado no Diário Oficial da União, de 03 de dezembro de 2004, sujeitando-se à perda dos direitos requeridos em caso de não homologação de sua situação por ocasião da realização da perícia médica. Declara, também conhecer e aceitar todas as normas estabelecidas no Edital deste Processo Seletivo e suas alterações posteriores, se houver.

_____, de _____ de 20____.

Assinatura do candidato (a)

ATENÇÃO:

- A solicitação de atendimento especial estará sujeita à análise da legalidade, viabilidade e razoabilidade do pedido, podendo ainda a Coordenação do Programa solicitar ao candidato outras informações e ou documentação que se fizerem necessárias.
- Somente serão aceitos laudos médicos com data de emissão a partir de 60 dias antes do ato de inscrição.
- Toda documentação é de responsabilidade exclusiva do candidato.
- A Universidade Federal de Minas Gerais não se responsabiliza por qualquer tipo de extravio que impeça a chegada dos documentos dentro do prazo estipulado.
- Não serão considerados como deficiência os distúrbios de acuidade visual passíveis de correção simples, tais como miopia, astigmatismo, estrabismo e congêneres.

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER IMPRESSO E ENVIADO JUNTAMENTE COM O ATESTADO MÉDICO, CONFORME PREVISTO.

Espaço reservado para preenchimento da UFMG:

Dispositivo, adaptação ou suporte necessários concedido para a realização das provas:

- ☐ Prova em braile
- ☐ Prova com fonte ampliada (formato A3)
- ☐ Intérprete de Língua Brasileira de Sinais (Libras)
- ☐ Apoio de leitor (auxílio para leitura)
- ☐ Apoio de transcritor (auxílio para escrita)
- ☐ Sala de fácil acesso (pessoas com mobilidade reduzida, cadeirantes e obesas)
- ☐ Mobiliário acessível (adequado para pessoas com deficiência ou obesidade)
- ☐ Necessidade de tempo adicional para realização da atividade

_____ de _____ de 20____

Assinatura de carimbo do médico