**ANEXO III**

**FORMULÁRIO DE DECLARAÇÃO DE CANDIDATO(A) COM NECESSIDADE DE ATENDIMENTO ESPECIAL**

Nome completo do(a) Candidato(a): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome e telefone de uma pessoa para contato, no caso do(a) candidato(a) estar impedido(a) de dar maiores esclarecimentos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinale se apresenta alguma(s) das condições listadas abaixo:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Օ | Amputação | Օ | Paralisia Cerebral |
| Օ | Baixa Audição | Օ | Paraplegia |
| Օ | Baixa Visão | Օ | Paresia |
| Օ | Cegueira | Օ | Surdez |
| Օ | Deficiência Intelectual | Օ | Tetraplegia |
| Օ | Esclerose Múltipla | Օ | Síndrome, qual? |
| Օ | Espectro Autista | Օ | Transtorno, qual? |
| Օ | Hemiplegia | Օ | Outra, qual? |
| Օ | Mobilidade reduzida de membros | Օ | Nanismo Afasia |
| Օ | Lactante | Օ | Usuário de medicamento controlado |

Segundo seu laudo ou atestado médico O número do CID/CIF de sua condição é:

Descreva com suas palavras a sua situação e o que pode ser feito para que a realização de sua inscrição transcorra da melhor forma possível:

Com relação à necessidade de atendimento especializado, assinale a(s) alternativa(s) correspondente(s):

|  |  |
| --- | --- |
| Օ | Não necessito de atendimento especializado. |
| Օ | Acesso facilitado em função de dificuldade de locomoção ou uso de cadeira de rodas |
| Օ | Alguém que transcreva a minha redação (escrevedor) apenas para cursos superiores. |
| Օ | Cadeira e mesa adequadas à minha estatura ou amputação. |
| Օ | Computador com editor de textos para digitação |
| Օ | Computador com software leitor de tela. Qual?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Օ | Correção da minha redação adaptada em função de minha primeira língua ser a libras. |
| Օ | Equipamento adaptativo – tecnologia assistiva (prótese ou órtese) de minha propriedade. |
| Օ | Escrevedor para preenchimento de elipses. |
| Օ | Ledor para leitura da prova. |
| Օ | Mesa adequada a uma cadeira de rodas. |
| Օ | Permissão para uso de medicamento durante a prova. |
| Օ | Permissão para utilizar meu aparelho auditivo durante a prova. |
| Օ | Presença de intérprete de libras. |
| Օ | Presença de um acompanhante que permanecerá fora da sala a minha disposição. |
| Օ | Prova Filmada em libras. |
| Օ | Prova impressa com fonte ampliada para 14. |
| Օ | Prova impressa com fonte ampliada para 16. |
| Օ | Prova impressa com fonte ampliada para 18. |
| Օ | Realização da prova em ambiente com poucas pessoas. |
| Օ | Tempo adicional para realização da prova (adição de 1 hora até 1/3 do tempo total permitido aos demais candidatos), mediante parecer de profissional da área da saúde. |
| Օ | Tempo para amamentação (mediante atestado médico). |
| Օ | Uso de lupas ou outros aumentadores de minha propriedade. |
| Օ | Outra solicitação? Descreva:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Para outras solicitações, estou ciente que o Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul (IFRS) atenderá o solicitado levando em consideração critérios de viabilidade e razoabilidade. Caso o IFRS, por algum motivo, não disponha exatamente da condição ou solicitação referida acima, a Comissão de Seleção do Curso de Especialização em Ensino de Matemática para Educação Básica, através de pessoa capacitada para tal, entrará em contato com o(a) candidato(a) para encontrar outra opção, de forma a não prejudicá-lo(a).**

**Bento Gonçalves, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 202\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
 Assinatura do(a) declarante**