* 1. **ANEXO VI**
	2. **FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE CONDIÇÃO ESPECIAL**

**[Link para o formulário acessível para ser preenchido com leitor de tela](http://napne.bento.ifrs.edu.br/form-edital/formulario-condicao-especial-1/?anx=iv)**

*Campus*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Curso pretendido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome completo da/do Candidata/Candidato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome e telefone de uma pessoa para contato, no caso da/do candidata/candidato estar impedida/impedido de dar maiores esclarecimentos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

⃝ Amputação

⃝ Ausência de Membro

⃝ Baixa Audição

⃝ Baixa Visão

⃝ Cegueira

⃝ Deficiência Intelectual

⃝ Esclerose Múltipla

⃝ Espectro Autista

⃝ Hemiplegia

⃝ Mobilidade reduzida de membros

⃝ Lactante

⃝ Usuário de medicamento

⃝ Nanismo Afasia

⃝ Paralisia Cerebral

⃝ Paraplegia

⃝ Paralisia

⃝ Surdez

⃝ Tetraplegia

⃝ Síndrome, qual?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

⃝ Transtorno, qual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

⃝ Outra, qual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Segundo seu laudo ou atestado médico**

O número do CID/CIF de sua condição é: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Descreva com suas palavras**

Sua situação e o que pode ser feito para que a realização de sua prova transcorra da melhor forma possível:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Caso necessite de algum(ns) dos atendimentos especiais listados abaixo, assinale a(s) alternativa(s) correspondente(s)**

⃝ Acesso facilitado em função de dificuldade de locomoção ou uso de cadeira de rodas.

⃝ Alguém que transcreva a minha redação (escrevedor) apenas para cursos superiores.

⃝ Cadeira e mesa adequadas à minha estatura ou amputação.

⃝ Computador com editor de textos para digitação.

⃝ Computador com software leitor de tela. Qual?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

⃝ Correção da minha redação adaptada em função de minha primeira língua ser a Libras.

⃝ Equipamento adaptativo – tecnologia assistiva (prótese ou órtese) de minha propriedade.

⃝ Escrevedor para preenchimento de elipses.

⃝ Ledor para leitura da prova.

⃝ Mesa adequada a uma cadeira de rodas.

⃝ Permissão para uso de medicamento durante a prova.

⃝ Permissão para utilizar meu aparelho auditivo durante a prova.

⃝ Presença de intérprete de libras.

⃝ Presença de um acompanhante que permanecerá fora da sala a minha disposição.

⃝ Prova filmada em Libras.

⃝ Prova impressa com fonte ampliada para 14.

⃝ Prova impressa com fonte ampliada para 16.

⃝ Prova impressa com fonte ampliada para 18.

⃝ Realização da prova em ambiente com poucas pessoas.

⃝ Tempo adicional para realização da prova (adição de 1 hora até 1/3 do tempo total permitido às/aos demais candidatas/candidatos), mediante parecer de profissional da área da saúde.

⃝ Tempo para amamentação (mediante atestado médico).

⃝ Uso de lupas ou outros aumentadores de minha propriedade.

⃝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, o Departamento de Ingresso Discente, através de pessoa capacitada para tal, entrará em contato com a/o candidata/candidato para encontrar uma outra opção, de forma a não prejudicá-lo(a).**