



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AGRESTE DE
PERNAMBUCO
COMISSÃO PERMANENTE DE CONCURSO DOCENTE/UFPE

**FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO PARA ATENDIMENTO
ESPECIALIZADO**

DADOS DO CANDIDATO	
Nome:	
RG:	CPF:
Cargo/função pretendido:	
N.º da Inscrição:	

De acordo com o Item _____ do Edital _____ da Universidade Federal do Agreste de Pernambuco, venho requerer atendimento especializado, apresentando laudo médico com CID em anexo, conforme indicação da deficiência abaixo:

<input type="checkbox"/>	Física	<input type="checkbox"/>	Auditiva	<input type="checkbox"/>	Visual
<input type="checkbox"/>	Mental	<input type="checkbox"/>	Múltipla	<input type="checkbox"/>	Outra: _____

Necessita de condições especiais para a realização da prova?()
Sim () Não Qual(is)? _____

Garanhuns, ___ de _____ de _____.

Pede Deferimento.

Assinatura do Requerente