**ANEXO V**

**FORMULÁRIO DE DECLARAÇÃO DE CANDIDATO COM NECESSIDADE DE ATENDIMENTO ESPECIAL**

Nome completo do Candidato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome e telefone de uma pessoa para contato, no caso do candidato estar impedido 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 prova transcorra da melhor forma possível:

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

Caso necessite de algum(s) dos atendimentos especiais listados a seguir, assinale a(s) alternativa(s) correspondente(s):

|  |  |
| --- | --- |
| 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 Mestrado, através de pessoa capacitada para tal, entrará em contato com o candidato para encontrar outra opção, de forma a não prejudicá-lo(a).

 Porto Alegre, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 202\_

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