SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA

Famema

REQUERIMENTO DE CONDIÇÃO ESPECIAL E AJUDA TÉCNICA PARA PARTICIPAÇÃO NA PROVA

À Comissão Especial de Concurso Público

Eu, _____, RG nº _____,
CPF nº _____, residente a _____
nº _____, compl.: _____, bairro: _____,
cidade: _____, estado: _____, CEP: _____,
fone residencial: (____) _____, fone celular: (_____) _____, email: _____,

( ) candidato (a) com deficiência visual;
( ) candidato (a) com deficiência auditiva;
( ) candidato (a) com deficiência física/motora;
( ) candidata lactante;
( ) Outros (especificar):_____

Necessito de condições especificas/ajuda técnica para realizar a prova do Concurso Público para provimento do cargo de Professor Adjunto Doutor – Disciplina _____, I.E. nº _____, para a Faculdade de Medicina de Marília, do Governo do Estado de São Paulo, da Secretaria de Desenvolvimento Econômico, nos termos do edital de abertura de inscrição, venho **requerer**:

( ) prova impressa em braile;
( ) prova impressa em caracteres ampliados em tamanho/fonte ( ) Arial/20 ( ) Arial/25 ( ) Arial/30;
( ) fiscal ledor;
( ) utilização de computador com software de ampliação de tela (lente de aumento do Windows);
( ) utilização de computador com software de leitura de tela (narrador do Windows);
( ) fiscal interprete de libras;
( ) autorização para utilizar aparelho auricular;
( ) mobiliário adaptado: _____;
( ) espaços adaptados/adequados:_____;
( ) designação de fiscal para auxiliar no manuseio da prova e transcrição das respostas;
( ) facilidade de acesso a(s) sala(s) de prova(s), banheiros e demais instalações relacionadas ao certame;
( ) acesso facilitado a sala de aula devido a dificuldade de locomoção
( ) tempo adicional para realização de prova de: _____ (candidato deverá fundamentar solicitação e entregar justificativa médica);
( ) sala reservada para amamentação;
( ) outros (especificar): _____.

DECLARO, sob pena de sanções cabíveis, que as informações aqui prestadas são verdadeiras e idôneas.

Nestes termos, pede deferimento.

Marília _____/____/2022

_____
(assinatura do candidato)

DOCUMENTO(S) COMPROBATÓRIO(S):
1 Laudo médico (original ou cópia) atestando o tipo de deficiência e o grau, com expressa referência ao Código Internacional de Doenças – CID 10. A validade do laudo médico a que se refere este item, a contar do inicio da inscrição, será de 2 (dois) anos quando a deficiência for permanente ou de longa duração e de 1 (um) ano nas demais situações, conforme subitem 8.3 do capitulo IV – EXCETO EM CASO DE CANDIDATA LACTANTE QUE SOLICITAR SALA RESERVADA PARA AMAMENTAÇÃO.
2 Em caso de tempo adicional para realização da prova – o candidato deverá entregar justificativa fundamentada (de próprio punho), juntamente com este requerimento e laudo médico citado em item **1**, acima.