|  |  |
| --- | --- |
| Marca PPGA - Final | **UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA – UFPB****CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS – CCSA****PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO – PPGA**  |

**PROCESSO SELETIVO 2020 – CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO E DOUTORADO EM ADMINISTRAÇÃO**

**REQUERIMENTO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO OU ESPECÍFICO**

SOCITAÇÃO:

Eu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Telefone para contato\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, candidato(a) ao Processo Seletivo 20\_\_ do Programa de Pós-Graduação em \_\_\_\_\_\_\_\_\_, em nível de ( ) Mestrado ( ) Doutorado, informo que tenho Necessidade Educativa Especial e solicito as providências necessárias para realização das provas, conforme discriminado abaixo.

1. Deficiência/necessidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

2. Tipo de impedimento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. O que precisa para realizar a prova? (tempo/sala para lactante etc.):

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

1. Laudo médico anexo: ( ) Sim ( ) Não

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Local e data).

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

Assinatura do Candidato(a)

ATENÇÃO! A aprovação deste pedido está condicionada ao parecer emitido pela Comissão de Seleção, de acordo com o laudo/atestado médico apresentado.

Atendimento ESPECIALIZADO: para pessoa com baixa visão, cegueira, visão monocular, deficiência física, deficiência auditiva, surdez, deficiência intelectual (mental), surdo, cegueira, dislexia, déficit de atenção, autismo e discalculia.

Atendimento ESPECIFÍCO: para gestante, lactante, idoso ou pessoa com outra condição específica.

A comissão de Seleção reserva-se o direito de exigir, a qualquer tempo, documentos complementares que atestem a condição que motiva a solicitação de atendimento ESPECIALIZADO e/ou ESPECIFÍCO declarado.