

ANEXO VI
FORMULÁRIO DE DECLARAÇÃO DE SOLICITAÇÃO DE ATENDIMENTO DIFERENCIADO

Nome completo do solicitante:

Número da identidade:

Número do CPF:

Vaga:

Telefone:

1. **Candidato(a) necessita de atendimento especial**

Se sim:

Intérprete de libras

Ledor

Mesa para cadeirante

Prova com fonte ampliada (fonte tamanho 24)

Sala de fácil acesso (andar térreo com rampa)

Tempo adicional (uma hora a mais de prova)

Transcritor

Uso de prótese auditiva

Outro, especificar:

Não

☐

Sim

☐

Não

☐

Sim

☐

Não

☐

Sim

☐

Não

☐

Sim

☐

Não

☐

Sim

☐

Não

☐

Sim

☐

Não

☐

Sim

☐

Não

☐

Sim

☐

Não

☐

Sim

☐

Não

☐

Sim

☐

2. **Candidato(a) possui deficiência**

Se sim:

Especifique a deficiência:

N.º do CID:

Nome do médico que assina do Laudo:

N.º do CRM:

Não

☐

Sim

☐

3. **Candidata é lactante**

Obrigatório envio de documentos conforme edital

4. **Candidata é gestante**

Obrigatório envio de documentos conforme edital

5. **Pessoa transgênero**

Obrigatório envio de documentos conforme edital

6. **Canhoto**

Não

☐

Sim

☐

Não

☐

Sim

☐

Não

☐

Sim

☐

Não

☐

Sim

☐

Por ser expressão da verdade.

Pede deferimento.

_____, _____, _____ de 2026.

CANDIDATO(A)

CPF: _____