



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AGRESTE DE PERNAMBUCO

FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO PARA ATENDIMENTO ESPECIALIZADO

DADOS DO CANDIDATO	
Nome:	
RG:	CPF:
Edital Específico nº:	
Área/ Matéria:	

De acordo com o Item _____ do Edital Nº _____, 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