



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 de Condições Gerais da Universidade Federal do Agreste de Pernambuco, 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