

Data do processo: ___/___/___

TERMO DE SOLICITAÇÃO DE PROVA EM REGIME ESPECIAL

Candidato: _____ Inscrição Vestibular: _____

CPF: _____ Curso: _____ Turno: _____

IES: _____ Campus: _____

| MOTIVO | TIPO DE PROVA | TIPO DE REGIME |
|--|--|---|
| <input type="radio"/> Deficiência auditiva <input type="radio"/> Deficiência física <input type="radio"/> Deficiência visual <input type="radio"/> Recuperação pós-cirúrgica <input type="radio"/> Adventista <input type="radio"/> Outros (especificar): _____ _____ _____ _____ | <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Ampliada <input type="radio"/> Braille <input type="radio"/> Prova oral/gravada <input type="radio"/> Intérprete de Libras <input type="radio"/> Outros (especificar): _____ _____ _____ _____ | <input type="radio"/> Sala especial <input type="radio"/> Regime domiciliar <input type="radio"/> Hora adicional <input type="radio"/> Outros (especificar): _____ _____ _____ _____ |

O candidato portador de deficiência deverá apresentar laudo médico comprovando que está impossibilitado de realizar as provas em condições normais, conforme prazo estabelecido em Edital do Processo Seletivo UniBH 2020/1, na unidade da 1ª opção de curso, conforme endereços e horários de atendimento relacionados no Edital.

 Assinatura do candidato ou responsável

_____, _____ de _____ de _____

Recebido por: _____ em: ___/___/___

 Observação:

Espaço reservado para preenchimento do NAPS - Núcleo de Processos Seletivos Ânima

Local de prova: _____

Sala: _____

Fiscal de regime especial: _____

Situação:
 Aprovado

 Reprovado