

Data do processo: 16/08/2020

TERMO DE SOLICITAÇÃO DE PROVA EM REGIME ESPECIAL

Candidato: _____ Inscrição: _____

CPF: _____ Curso: _____ Turno: _____

IES: _____ Campus: _____

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

O candidato que desejar atendimento especial deverá enviar o laudo médico comprovando que está impossibilitado de realizar as provas em condições normais, juntamente com este formulário, até o dia **07 de agosto de 2020** para o e-mail copeve@animaeducacao.com.br.

Assinatura do candidato ou responsável

_____, _____ de _____ de 2020

Recebido por: _____ em: ____/____/2020
Observação: _____ _____

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

Local de prova: _____
Sala: _____
Fiscal de regime especial: _____

Situação:

<input type="checkbox"/> Aprovado	<input type="checkbox"/> Reprovado
-----------------------------------	------------------------------------