

## Formulário para Solicitação de Atendimento Diferenciado

### (Impossibilidade temporária ou Transtornos globais de desenvolvimento)

Eu, \_\_\_\_\_,  
(nome completo)

documento de identidade nº \_\_\_\_\_, candidato(a) inscrito(a) no

Processo Seletivo/Concurso \_\_\_\_\_,

com escolha para o Curso/Cargo de \_\_\_\_\_, amparado(a) na solicitação

anexa, do(a) Dr(a) \_\_\_\_\_, profissional de

saúde responsável pelo acompanhamento da condição atual em que me encontro, venho solicitar que seja

permitida a realização da prova do dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ sob a seguinte condição especial:

---

---

---

---

Salvador, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do candidato

#### Dados complementares

Nº telefone candidato:	
Pessoa de contato	
Nome:	Nº telefone: