

Formulário para Solicitação de Atendimento Diferenciado

(Tempo adicional para realização das provas)

Eu, _____,
(nome completo)

documento de identidade nº _____, candidato(a) inscrito(a) no Processo

Seletivo _____ da _____,

com escolha para o(s) curso(s) de _____,

amparado(a) pelo parecer emitido pelo Dr(a) _____,

profissional de saúde responsável pelo acompanhamento da condição atual em que me encontro, venho

solicitar que seja ampliado em 60 minutos o tempo de realização da minha prova

_____ no dia ____/____/____, conforme prevê o Decreto 3.298 de

20/12/1999.

Salvador, _____ de _____ de _____.

Assinatura do candidato

Dados complementares

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