

Formulário para Solicitação Atendimento Diferenciado

(Candidato portador de aparelho auditivo)

Eu, _____,
(nome completo)

CPF 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 ____/____/____ fazendo uso do aparelho auditivo, em função da perda auditiva () unilateral / () bilateral, conforme especificado do laudo médico.

Salvador, _____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do candidato

Dados complementares

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