

Formulário para Solicitação de Atendimento Diferenciado (Adventista)

Eu, _____,
(nome completo)

CPF nº _____, candidato(a) inscrito(a) no Processo Seletivo/Concurso
_____, com escolha para o Curso/Cargo de
_____, amparado(a) pela Declaração da Congregação
Religiosa a que pertença, anexo, venho solicitar que seja permitida a realização da prova do
dia ____/____/____ a partir do por do sol.

Declaro estar ciente da normatização deste atendimento constante no Edital/Manual do
Candidato, e que deverei ter acesso ao local de prova no mesmo horário que os demais
candidatos, permanecendo em recinto exclusivo até o por do sol, sem comunicação com
qualquer pessoa não autorizada pela Coordenação durante todo o período.

_____, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do candidato

Dados complementares

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