

**→ FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE ATENDIMENTO DIFERENCIADO
HOSPITALIZADO**

Nome:		Data de Nasc.: / /
RG:	Orgão/UF Emissor:	CPF:
Processo Seletivo/Concurso:		
Curso/Cargo:		
Data da Prova:		
Telefone: ()	Celular: ()	
Email:		
Pessoa para Contato:	Telefone: ()	

Amparado(a) pelo parecer, anexo, emitido pelo Dr(a) _____, profissional responsável pelo meu acompanhamento, venho solicitar que seja permitida a realização da Prova no Hospital _____, ato/enfermaria nº _____, situado à _____.

Anexo a esta, seguem a autorização do(a) Sr(a) _____, representante do Hospital. _____.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Candidato

ESPAÇO RESERVADO PARA STRIX EDUCAÇÃO:

Deverá ser encaminhada uma Solicitação de Atendimento Diferenciado para cada dia de prova, quando for o caso.