

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

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 presença de meu(minha)  
filho(a) lactante com o(a) acompanhante \_\_\_\_\_, durante a realização  
da Prova, pelos quais me responsabilizo. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ 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.