

ANEXO VI
REQUERIMENTO DE CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA REALIZAÇÃO DA PROVA OBJETIVA

Ilmo. Sr.

Presidente da Comissão de Concurso Público da Prefeitura de Goiânia.

NESTA

Eu, _____,
Documento de Identificação nº. _____, órgão expedidor _____
candidato ao cargo _____ inscrição
nº. _____, residente na _____

Cidade: _____ UF: _____
telefones: () _____/_____, venho requerer de V. S.^a
condições especiais para realizar a prova, por ser portador de deficiência, conforme as informações
prestadas no questionário a seguir e comprovadas com Laudo Médico anexo.

Nestes termos, pede deferimento.

_____, _____ de _____ de 2007.

Assinatura do candidato

Atenção! Você está solicitando uma sala especial, assim realizará a prova em uma sala preparada para atendê-lo em suas necessidades. Este formulário, devidamente preenchido, deverá ser entregue, pessoalmente ou encaminhado, às suas expensas, via SEDEX, até às 17 h do dia 08 de maio de 2007 para a Secretaria Municipal de Administração e Recursos Humanos, Rua 16, esquina com rua 12 nº 97, Edifício Capemi – 1º andar, Setor Central – Goiânia-Go, CEP: 74.015-020, juntamente com o Laudo Médico que especifique o grau ou o tipo de deficiência.

QUESTIONÁRIO

Preencha corretamente as informações que correspondam ao seu tipo de deficiência.

Tipo de deficiência:

☐ 1. visual ☐ 2. auditiva ☐ 3. física ☐ 4. outra _____

1. DEFICIÊNCIA VISUAL

☐ Total (cego) ☐ Subnormal (parcial)

Recursos necessários para fazer a prova:

Obs.: Os recursos permitidos são:

- a) para cegos – Ledor, Máquina Perkins, reglete de mesa, punção, cubarítmo, sorobã, folhas brancas e limpas e mesa espaçosa;
- b) para visão subnormal – Ledor, lupa manual, luminária ou abajur, papel para rascunho, caneta, pincel atômico, mapas e gráficos em relevo, máquina de datilografia comum e prova ampliada.

Caso necessite de prova ampliada, indique o tamanho da fonte. (Observe os exemplos abaixo)

Tamanho 14 ☐ Tamanho 16 ☐ Tamanho 18 ☐ Tamanho 20 ☐

NOTA: A prova para os deficientes visuais totais será lida e registrada por um profissional capacitado. Para a maior segurança do candidato, todos os procedimentos adotados durante a realização da prova serão gravados em fitas cassetes, que serão ouvidas posteriormente, para conferir se o registro foi fiel ao que foi dito pelo candidato.

2. DEFICIÊNCIA AUDITIVA

☐ Total ☐ Parcial

Faz uso de aparelho? ☐ Sim ☐ Não

Registre, se for o caso, outras condições especiais necessárias: _____

3. DEFICIÊNCIA FÍSICA

Parte do corpo:

☐ Membro superior (braços/mãos) ☐ Membro inferior (pernas/pés)

☐ Outra parte do corpo. Qual? _____

Necessita de um fiscal para preencher o cartão-resposta?

☐ Sim ☐ Não

Utiliza algum aparelho para locomoção?

☐ Sim Qual? _____

☐ Não

Necessita de algum móvel especial para fazer as provas?

☐ Sim Qual? _____

☐ Não

Obs.: Objetos permitidos: cama, poltrona, mesa espaçosa, cadeira confortável, máquina de datilografia comum.

Registre, se for o caso, outras condições necessárias: _____

4. OUTRA

Se você é portador de outro tipo de deficiência ou está temporariamente com problemas de saúde, registre, a seguir, o tipo/doença e as condições desejadas.

Assinatura do candidato