# ANEXO VIII - FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE CONDIÇÃO ESPECIAL

*Campus*: Porto Alegre Curso pretendido: Especialização em Gestão Empresarial

Nome completo da/do Candidata/Candidato:

Nome e telefone de uma pessoa para contato, no caso da/do candidata/candidato estar impedida/impedido de dar maiores esclarecimentos:

**Assinale se apresenta alguma(s) das condições listadas abaixo:**

* Deficiência Física
* Surdez
* Deficiência Auditiva (baixa audição)
* Cegueira
* Baixa Visão
* Visão Monocular
* Surdocegueira
* Deficiência Intelectual
* Deficiência Múltipla
* Transtorno do Espectro Autista
* Altas Habilidades/Superdotação
* Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)
* Dislexia
* Disgrafia
* Disortografia
* Discalculia
* Dislalia
* Outra necessidade educacional específica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[pode assinalar mais de uma condição]

**Caso necessite de algum(ns) dos atendimentos especiais listados abaixo, assinale a(s) alternativa(s) correspondente(s)**

* Acesso facilitado em função de dificuldade de locomoção ou uso de cadeira de rodas.
* Mesa adequada a uma cadeira de rodas.
* Cadeira e mesa adequadas à minha estatura ou amputação.
* Realização da prova em ambiente com poucas pessoas.
* Presença de um acompanhante que permanecerá fora da sala a minha disposição.
* Permissão para uso de Tecnologia Assistiva (prótese, órtese, lupas, aparelho auditivo) de minha propriedade.
* Permissão para uso de medicamento durante a prova.
* Computador com editor de textos para digitação.
* Computador com software leitor de tela NVDA.
* Presença de intérprete de Libras.
* Prova filmada em Libras.
* Auxílio Ledor (serviço de leitura da prova).
* Auxílio Transcritor (serviço de preenchimento da prova e/ou escrita da redação para alunos impossibilitados ou com muita dificuldade de escrever ou preencher o cartão resposta).
* Correção da minha redação adaptada em função de minha primeira língua ser a Libras.
* Tempo adicional para realização da prova (adição de 1 hora ou até 1/3 do tempo total permitido às/aos demais candidatas/candidatos), mediante parecer de profissional da área da saúde).
* Tempo para amamentação.

[pode assinalar mais de uma condição]

**Caso tenha alguma solicitação diferente das listadas acima, envie e-mail para secretaria.pos@poa.ifrs.edu.br.**

**Para outras solicitações, estou ciente que o Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul (IFRS) atenderá o solicitado levando em consideração critérios de viabilidade e razoabilidade. Caso o IFRS, por algum motivo, não disponha exatamente da condição ou solicitação referida acima, a Comissão de Seleção, através de pessoa capacitada para tal, entrará em contato com a/o candidata/candidato para encontrar uma outra opção, de forma a não prejudicá-lo(a).**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura da/do declarante