

Data do processo: ___/___/___

TERMO DE SOLICITAÇÃO DE PROVA EM REGIME ESPECIAL

Candidato: _____ Inscrição Vestibular: _____

CPF: _____ Curso: _____ Turno: _____

IES: _____ Campus: _____

MOTIVO	TIPO DE PROVA	TIPO DE REGIME
<input type="radio"/> Deficiência auditiva	<input type="radio"/> Normal	<input type="radio"/> Sala especial
<input type="radio"/> Deficiência física	<input type="radio"/> Ampliada	<input type="radio"/> Regime domiciliar
<input type="radio"/> Deficiência visual	<input type="radio"/> Braille	<input type="radio"/> Hora adicional
<input type="radio"/> Recuperação pós-cirúrgica	<input type="radio"/> Prova oral/gravada	<input type="radio"/> Outros (especificar):
<input type="radio"/> Adventista	<input type="radio"/> Intérprete de Libras	_____
<input type="radio"/> Outros (especificar):	<input type="radio"/> Outros (especificar):	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

O candidato portador de deficiência deverá apresentar laudo médico comprovando que está impossibilitado de realizar as provas em condições normais, conforme prazo estabelecido em Edital do Processo Seletivo 2024/2 do Centro Universitário UniFG, na unidade da 1ª opção de curso, conforme endereços e horários de atendimento relacionados no Edital.

Assinatura do candidato ou responsável

_____, ____ de _____ de _____

Recebido por: _____ em: ___/___/___

Observação:

Espaço reservado para preenchimento do NAPS - Núcleo de Processos Seletivos Ânima

Local de prova: _____

Sala: _____

Fiscal de regime especial: _____

Situação:

Aprovado

Reprovado