

TRANSFERÊNCIA DE MEDICINA 2020/2

Data do processo: 16/08/2020

TERMO DE SOLICITAÇÃO DE PROVA EM REGIME ESPECIAL

Candidato: _____ Inscrição: _____

CPF: _____ Curso: _____ Turno: _____

IES: _____ Campus: _____

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

O candidato que desejar atendimento especial deverá enviar o laudo médico comprovando que está impossibilitado de realizar as provas em condições normais, juntamente com este formulário, até o dia **07 de agosto de 2020** para o e-mail copeve@animaeducacao.com.br.

Assinatura do candidato ou responsável

_____, _____ de _____ de 2020

Recebido por: _____ em: ____/____/2020

Observação:

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

Local de prova: _____

Sala: _____

Fiscal de regime especial: _____

Situação:

Aprovado

Reprovado