**ANEXO VI**

**REQUERIMENTO DE CONDIÇÕES ESPECIAIS**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome: |  | | | | |
| CPF: |  | Inscrição: |  | Área de atuação: |  |
| **Necessidade especial:** | | | | | |
|  | Auditiva |  | Motora |  | Visual |
|  | Outras. Especificar. | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| **Condições especiais:**  Especifique quais as condições especiais serão necessárias para a realização da sua prova. | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |

Este requerimento deve ser acompanhado de laudo médico com indicação do CID atestando a necessidade relatada.

(Local e data) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

[Nome e assinatura do candidato]