



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA BAIANO  
EDITAL Nº 08 DE 24 DE MARÇO DE 2010

**REQUERIMENTO DE CONDIÇÕES ESPECIAIS**

Este formulário destina-se a candidatos portadores de necessidades especiais, recém acidentados, recém operados e candidata que estiver amamentando.

Ilmo. Sr.

Presidente da Comissão de Concurso Público do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Baiano.

Eu, \_\_\_\_\_  
Documento de Identificação no. \_\_\_\_\_, Órgão Expedidor \_\_\_\_\_, candidato ao cargo de **Professor de Ensino Básico, Técnico e Tecnológico**, Matéria/Área: \_\_\_\_\_, Campus: \_\_\_\_\_, venho requerer de V. S.a condições especiais para realizar a prova, conforme as informações prestadas a seguir.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2010.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Candidato

**ATENÇÃO!**

• As condições especiais solicitadas serão concedidas mediante análise prévia do grau de necessidade, segundo os critérios de viabilidade e razoabilidade.

Preencha corretamente as informações para que possamos atendê-lo em sua necessidade da melhor forma possível.

ASSINALE O MOTIVO DO REQUERIMENTO:

( ) Portador de Necessidades Especiais ( ) Amamentação  
( ) Acidentes/Cirurgia ( ) Outros:

\_\_\_\_\_  
**CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA A PROVA**

**1 CONDIÇÕES VISUAIS**

( ) Cegueira Total ( ) Cegueira Parcial

Circule os recursos necessários para fazer a Prova:

- a) para cegos - Ledor, folhas brancas e limpas e mesa espaçosa;  
b) para visão subnormal – Ledor, papel para rascunho 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 maior segurança do candidato, todos os procedimentos adotados durante a realização da prova serão gravados. Registre, se for o caso, **outras condições especiais necessárias, inclusive tempo adicional:** \_\_\_\_\_

## 2 CONDIÇÕES AUDITIVAS

( ) Surdez Total ( ) Surdez Parcial  
Faz uso de aparelho? ( ) Sim ( ) Não  
Registre, se for o caso, **outras condições especiais necessárias, inclusive tempo adicional:** \_\_\_\_\_

## 3 CONDIÇÕES FÍSICAS

Parte do corpo:  
( ) Membro superior (braços/mãos) ( ) Membro inferior (pernas/pés)  
( ) Outra parte do corpo.: \_\_\_\_\_

Necessita de um fiscal para preencher o cartão-resposta? Sim ( ) Não ( )  
Utiliza algum aparelho para locomoção?  
Sim ( ) Não ( ) Caso Positivo, qual? \_\_\_\_\_

Necessita de algum móvel especial para fazer a prova?  
Sim ( ) Não ( ) Caso Positivo, qual? \_\_\_\_\_

Registre outras condições necessárias para fazer a prova: \_\_\_\_\_

## 4 AMAMENTAÇÃO

Nome Completo do Acompanhante do Bebê: \_\_\_\_\_

No do Documento de Identificação \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor \_\_\_\_\_

Observação: O original deste documento deverá ser apresentado no dia da Prova.

## **5 OUTRAS CONDIÇÕES ESPECIAIS**

Candidato portador de outra necessidade especial ou temporariamente com problemas graves de saúde (acidentado, operado e outros), registre, a seguir, o tipo/doença e as condições necessárias:

---

---

---