

**ANEXO II
FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE CONDIÇÃO ESPECIAL PARA REALIZAÇÃO DAS PROVAS**

NOME DO CANDIDATO		
CPF		
Assinale a seguir a(s) condição(ões) especial(ais) necessária(s) para realização das provas:		
Condição Especial para Amamentação <input type="radio"/>	Sala Isolada <input type="radio"/>	
Intérprete de Libras <input type="radio"/>	Tempo Adicional <input type="radio"/>	
Ledor <input type="radio"/>	Caderno de Questões e Cartão de Resposta Ampliados <input type="radio"/>	
Portador de Cateter Quimioterápico <input type="radio"/>	Transcritor <input type="radio"/>	
Portador de Prótese Metálica <input type="radio"/>	Usuário de Aparelho Auditivo <input type="radio"/>	
Sala de Fácil Acesso <input type="radio"/>	Usuário de Bomba de Insulina <input type="radio"/>	
OUTRO <input type="radio"/>	Usuário de Marcapasso <input type="radio"/>	
Ao marcar a(s) condição(ões) especial(ais) desejada(s), justifique aqui seu pedido, explicitando o motivo dessa(s) necessidade(s)		
Importante: Para receber condição especial para realizar as provas, o candidato deverá, obrigatoriamente, encaminhar à COSEAC por meio do correio eletrônico trm@id.uff.br , este Formulário, devidamente preenchido, datado e assinado, juntamente com o Laudo Médico, durante o período das inscrições .		

Data: _____ Assinatura do Candidato: _____