

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA
CONCURSO PÚBLICO PARA PROVIMENTO DE VAGAS PARA O CARGO DE INSPETOR DE POLÍCIA PENAL EDITAL Nº 2/2024

ANEXO III FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE CONDIÇÃO ESPECIAL PARA REALIZAÇÃO DA PROVA OBJETIVA

Nome Completo do Candidato <i>(sem abreviações)</i>	
CPF do Candidato	
Cidade da realização da Prova <i>(conforme solicitado no Requerimento de Inscrição)</i>	

Assinale abaixo a(s) condição(ões) especial(is) necessária(s) para realização da Prova Objetiva e informe brevemente o motivo da solicitação ao lado de cada uma

CONDIÇÃO ESPECIAL	BREVE MOTIVO DA SOLICITAÇÃO
<input type="radio"/> Condição especial para amamentação <i>(para candidata lactante)</i>	
<input type="radio"/> Intérprete de Libras <i>(para candidato com deficiência auditiva e que seja usuário de LIBRAS)</i>	
<input type="radio"/> Ledor <i>(para candidato com deficiência visual ou intelectual, com dislexia ou TDAH)</i>	
<input type="radio"/> Caderno de Provas e Cartão Resposta impresso em caracteres ampliados – fonte 24 <i>(para candidato com deficiência visual ou visão subnormal)</i>	
<input type="radio"/> Sala de fácil acesso – em andar térreo ou local com elevador <i>(para candidato com deficiência motora ou com dificuldade de locomoção)</i>	
<input type="radio"/> Sala isolada <i>(para candidato que comprove essa necessidade)</i>	
<input type="radio"/> Isenção de fiscalização eletrônica <i>(para candidato que possua prótese metálica substituindo algum osso do corpo ou possua marca-passo)</i>	
<input type="radio"/> Permissão para uso de aparelho auditivo <i>(para candidato que comprove a necessidade de uso por meio de laudo médico)</i>	
<input type="radio"/> Permissão para uso de bomba de insulina ou cateter quimioterápico <i>(para candidato que comprove a necessidade de uso por meio de laudo médico)</i>	
<input type="radio"/> Tempo Adicional para realizar a prova 60 min. além do tempo regular <i>(para o candidato que comprove a necessidade por meio de laudo médico)</i>	

IMPORTANTE: Para solicitar qualquer Condição Especial para realização da **Prova Objetiva**, o candidato deverá obrigatoriamente encaminhar este formulário para <auxilioprova@id.uff.br>, devidamente preenchido e assinado, juntamente com laudo médico comprobatório (exceto para condição especial para amamentação), durante o período de inscrições. **Orienta-se a leitura atenta de todo o subitem 6.4 do Edital do Concurso.**

Data: ____ / ____ /2024

Assinatura do Candidato: _____