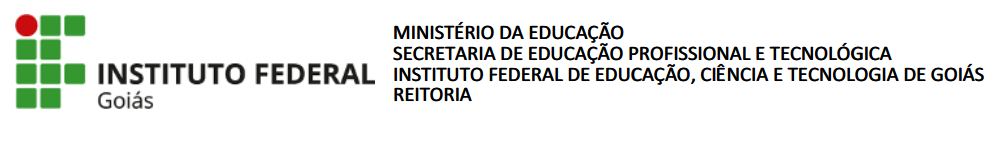
****

**ANEXO I**

**ATENDIMENTO ESPECIAL**

**Edital nº 010/2025 - PROPPG/IFG**

**Processo de Seleção de candidatos às vagas do Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu*, Especialização em Ensino de Ciências e Matemática - IFG - Câmpus Itumbiara**

**(Antes de preencher este documento é imprescindível a leitura do Edital).**

|  |
| --- |
| Nome do Candidato\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Curso:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Câmpus (cidade): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Fone: ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular: ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

ASSINALE A SEGUIR O TIPO DE DEFICIÊNCIA DO CANDIDATO:

I - Atendimento ESPECIALIZADO:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ( ) Autismo Infantil | ( ) Deficiência Múltipla | ( ) Surdez |
| ( ) Baixa visão | ( ) Discalculia | ( ) Surdocegueira |
| ( ) Cegueira | ( ) Dislexia | ( ) Altas Habilidades/Superdotação – H/SD |
| ( ) Deficiência auditiva | ( ) Síndrome de Asperger | ( ) Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade - TDAH |
| ( ) Deficiência Física | ( ) Síndrome de Down | ( ) Transtorno Desintegrativo da Infância - TDI |
| ( ) Deficiência Intelectual | ( ) Síndrome de Rett | ( ) Transtorno do Espectro Autista – TEA |
| ( ) Deficiência Mental | ( ) Outras necessidades específicas. Especifique: | |

II - Atendimento ESPECÍFICO:

|  |  |
| --- | --- |
| ( ) Gestante | ( ) Lactante |

III - ASSINALE QUAL O AUXÍLIO OU RECURSO NECESSÁRIO:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ( ) Auxílio para leitura | ( ) Prova em braile | ( ) Sala de fácil acesso |
| ( ) Auxílio para transcrição | ( ) Local para amamentar durante a realização da prova | ( ) Tradutor-intérprete de Língua Brasileira de Sinais (Libras) |
| ( ) Prova ampliada | ( ) Mobília especial – especificar mobília: | ( ) Outros. Especifique: |

VI- DESCRIÇÃO DETALHADA DA DEFICIÊNCIA (o médico deverá descrever a espécie e o grau ou o nível da deficiência, bem como a sua provável causa, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doenças). Quando couber, apresentar a necessidade de hora adicional:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

Local, Data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura, carimbo e CRM do(a) médico(a)

**(SOMENTE PARA ATENDIMENTO ESPECIALIZADO)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do(a) candidato(a)