**ANEXO VI**

**REQUERIMENTO DE RESERVA DE VAGAS PARA CANDIDATO COM DEFICIÊNCIA**

|  |
| --- |
| **IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO** |
| Nome |       |
| Carteira de Identidade RG nº |       | Órgão Expedidor  |       |
| CPF |       | Fone |       |
| Campus/ Área pretendida |       |
| Nº de inscrição |       |
| E-mail |       |

Deseja participar da reserva de vagas destinadas a candidatos com deficiência, conforme previsto no Decreto nº 9.508/2018?

[ ] Não [ ] Sim

Tipo de Deficiência:

[ ] Física [ ] Auditiva [ ] Visual [ ] Mental [ ] Múltipla

|  |
| --- |
| RELAÇÃO DE DOCUMENTOS EM ANEXO |
| [ ]  | Cópia do comprovante de inscrição  |
| [ ]  | Cópias da carteira de identidade e CPF |
| [ ]  | Cópia do laudo médico, emitido nos últimos 12 (doze) meses por profissionais de saúde especializados na área de deficiência do candidato e desde que tais profissões sejam regulamentadas, atestando o tipo e o grau ou nível da deficiência, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). |

Obs.: Sem a entrega do formulário e relação de documentos, o candidato não concorrerá a vaga reservada a pessoas com deficiência.

Assinatura do requerente