

EDITAL Nº. 002/2015 – PREFEITURA MUNICIPAL DE DUQUE DE CAXIAS/RJ
CONCURSO PÚBLICO PARA PROVIMENTO DE CARGOS NO QUADRO DE PESSOAL DA PREFEITURA MUNICIPAL DE DUQUE DE CAXIAS/RJ

ANEXO V – A – REQUERIMENTO DE CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA REALIZAÇÃO DAS PROVAS

Este formulário destina-se aos candidatos que necessitam de condições especiais para a realização das provas do Concurso Público (pessoas com deficiência, recém-acidentados, recém-operados, candidatas que estiverem amamentando etc.).

A

Comissão Organizadora do Concurso Público do Município de DUQUE DE CAXIAS/RJ,

Eu, _____, inscrição nº _____, CPF nº _____ portador(a) do documento de identificação n. _____, expedido pelo(a) _____, candidato(a) ao Concurso Público para o cargo de _____ do **EDITAL Nº. 002/2015 – PREFEITURA MUNICIPAL DE DUQUE DE CAXIAS/RJ**, venho requerer a V. Sa. condições especiais para realizar a prova, conforme as informações prestadas a seguir.

_____/_____/_____/2015.

Local

Assinatura do(a) candidato(a)

ATENÇÃO!

- As condições especiais solicitadas serão concedidas mediante análise prévia do grau de necessidade, segundo os critérios de viabilidade e razoabilidade.
- O candidato com deficiência ou seu representante deverá protocolar ou enviar o original deste Requerimento ao Instituto Brasileiro de Educação e Gestão - IBEG sito à SCN Quadra 1 BL E, Edifício Central Park - SALA 302 - Asa Norte, Brasília/DF | CEP: 70711-903, devidamente preenchido, juntamente com o laudo, até o final das inscrições, com data de postagem até a data mencionada anteriormente.
- O candidato com deficiência, que necessitar de tempo adicional para fazer as provas, deverá anexar a este requerimento a justificativa da necessidade acompanhada de parecer do especialista da área de sua deficiência.
- O candidato que sofreu acidente ou foi operado recentemente ou está acometido por alguma doença deverá entregar este formulário devidamente preenchido com o respectivo atestado médico.
- A candidata que estiver amamentando deverá anexar ao requerimento uma cópia legível do documento de identificação do acompanhante, o qual terá acesso ao local de realização das provas mediante apresentação do documento original de identidade.

EDITAL Nº. 002/2015 – PREFEITURA MUNICIPAL DE DUQUE DE CAXIAS/RJ
CONCURSO PÚBLICO PARA PROVIMENTO DE CARGOS NO QUADRO DE PESSOAL DA PREFEITURA MUNICIPAL DE DUQUE DE CAXIAS/RJ

ANEXO V – B – REQUERIMENTO DE CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA REALIZAÇÃO DAS PROVAS

PREENCHA CORRETAMENTE AS INFORMAÇÕES PARA QUE O IBEG POSSA ATENDER A SUA NECESSIDADE DA MELHOR FORMA POSSÍVEL.

ASSINALE, COM UM X, O MOTIVO DO REQUERIMENTO:

Pessoa com deficiência Amamentação Outro. Qual? _____

1. PESSOA COM DEFICIÊNCIA

1.1 VISUAL

Total (cego) Subnormal (parcial)

Circule os recursos necessários para fazer a prova:

- a) para cegos – prova em Braille, leitor de prova, máquina Perkins, reglete de mesa, punção, cubarítmico, sorobã, folhas brancas e limpas e mesa espaçosa;
b) para visão subnormal – leitor de prova, lupa manual, luminária ou abajur, papel para rascunho, caneta, pincel atômico, mapas e gráficos em relevo, máquina de datilografia comum 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

Necessita de tempo adicional? Sim Não

NOTA: A prova para os deficientes visuais totais, que optarem por leitor de prova, será lida e registrada por um profissional capacitado. Para maior segurança do candidato, todos os procedimentos e as explicações verbais feitos durante a realização da prova serão gravados em aparelhos apropriados, que serão ouvidos posteriormente, para conferência das declarações do candidato.

Registre, se for o caso, outras condições especiais necessárias:

1.2 AUDITIVA

Total Parcial

Faz uso de aparelho? Sim Não

Precisa de Intérprete de LIBRAS? Sim Não

Necessita de tempo adicional? Sim Não

Registre, se for o caso, outras condições especiais necessárias:

1.3 FÍSICA

Parte do corpo:

Membro superior (braços/mãos)

Membro inferior (pernas/pés)

Outra parte do corpo. Qual? _____

Necessita de um fiscal para preencher o cartão-resposta e/ou a folha de resposta? Sim () Não ()

Utiliza algum aparelho para locomoção?

Sim () Não () Qual? _____

Necessita de algum móvel especial para fazer as provas? Sim () Não ()

Necessita de tempo adicional? Sim () Não ()

Circule o(s) objeto(s) necessário(s) para fazer a prova:

(cama, poltrona, mesa espaçosa, cadeira confortável, máquina de datilografia comum, prancheta.)

Registre, se for o caso, outras condições necessárias:

2. AMAMENTAÇÃO

Nome completo do acompanhante do bebê

Nº do documento de identificação (RG): _____ Órgão expedidor: _____

Observação: O original desse documento deverá ser apresentado no dia da prova.

3. OUTROS

Candidato com outro tipo de deficiência ou temporariamente com problemas graves de saúde

(acidentado, operado e outros), registre, a seguir, o tipo/doença e as condições necessárias:

_____/_____/_____/2015.

Local

Assinatura do(a) candidato(a)