



SERVIÇO DE APOIO ÀS MICRO E PEQUENAS EMPRESAS DO ESTADO DE RONDÔNIA – SEBRAE/RO
COMUNICADO Nº 01/2015
ABERTURA DE NOVAS INSCRIÇÕES, MIGRAÇÃO DE INSCRIÇÃO E RESSARCIMENTO.

ANEXO IV - 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 Processo Seletivo (pessoa com deficiência, recém-acidentados, recém-operados, candidatas que estiverem amamentando etc.).

Ao
SEBRAE-RO/IBEG

Eu, _____, inscrição nº _____, CPF nº _____ portador(a) do documento de identificação n. _____, expedido pelo(a) _____, candidato(a) ao Processo Seletivo para o cargo de _____ do SEBRAE/RO, 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 enviar/anexar este Requerimento ao **Instituto Brasileiro de Educação e Gestão - IBEG através do sistema de inscrição, no momento da inscrição ou através do email: sebraero2015@ibeg.org.br** devidamente preenchido, juntamente com o laudo, até o final das inscrições.
- 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.



ANEXO IV - B

REQUERIMENTO DE CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA REALIZAÇÃO DAS PROVAS

PREENCHA CORRETAMENTE AS INFORMAÇÕES PARA QUE A 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. PORTADOR DE 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 portador de 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)