



PREENCHIMENTO DE OUTRO(S) PROFISSIONAL(IS) DA SAÚDE E/OU DA EDUCAÇÃO – informações complementares

(Ex: professor, psicólogo, fonoaudiólogo, psicopedagogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, etc.)

Modelo de formulário para solicitação de condição especial para realização da prova

Este formulário é destinado para auxiliar outros profissionais da saúde e/ou educação a preencher as informações que considerarem necessárias na solicitação de condição especial para a realização do Processo Seletivo para Pessoas Refugiadas, Solicitantes de Refúgio de baixa renda e Portadoras de Visto Humanitário UFSC/2025 (Edital 05/2025/COPERVE), conforme a portaria 01/2025/COPERVE

Sugerimos ler atentamente a portaria 01/2025/COPERVE, para mais informações.

IMPORTANTE:

- As cópias digitalizadas do laudo médico e demais documentos comprobatórios, submetidos no sistema de inscrição *on line*, devem estar completamente legíveis, sob pena de indeferimento do pedido de atendimento especial.
- Serão avaliadas somente as condições especiais solicitadas pelo(a) candidato(a), no formulário de inscrição *on line*.
- Obrigatório informar as características do(a) candidato(a) em questão sobre o diagnóstico/sintoma que justificam a solicitação de condição especial para a realização das provas. Laudos médicos e demais documentos comprobatórios contendo apenas a descrição teórica (Ex: descrição de manuais, diretrizes, consensos, trabalhos científicos) da condição clínica não esclarecem a necessidade específica do(a) candidato(a) e não serão consideradas.
- O laudo médico é não obrigatório para solicitação de: autorização para amamentação e realizar prova no andar térreo. Basta apenas informar no formulário de inscrição *on line*

1. ESPAÇO PARA OUTRO(S) PROFISSIONAL(IS) DA SAÚDE E/OU DA EDUCAÇÃO - (Ex: professor, psicólogo, fonoaudiólogo, psicopedagogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta etc.)

Nome completo do(a) candidato(a):

1.1 Espaço para informações complementares

a) Descrição da(s) barreira(s) e/ou dificuldade(s) que o candidato pode apresentar durante a realização de provas de acordo com a condição clínica:

b) Descrição dos recursos e/ou estratégias que podem contribuir na garantia de acessibilidade do candidato para a realização da prova:

Nome completo do(a) profissional:

Especialidade:

(Se houver) Registro do seu Conselho Regional:

Data e Assinatura ou Assinatura Digital Autenticada do(a) Profissional:
