

## ANEXO IV – SOLICITAÇÃO DE ATENDIMENTO ESPECIAL

### IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE:

Nome: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Nº Inscrição:

CPF Nº:         -

Telefone: (    )      -

Nos termos do Edital de Concurso Público 001/2018 do Conselho Regional de Farmácia do Acre, **SOLICITO** a realização da Prova Objetiva em condições especiais, conforme descritivo que segue.

- Prova em Braille.
- Prova Ampliada Fonte Nº \_\_\_\_\_
- Prova com Ledor.
- Prova com Transcritor.
- Prova com Intérprete de Libras.
- Realização da prova em andar térreo.
- Realização da prova em local com acessibilidade para pessoas com deficiência física.
- Mobiliário adaptado para pessoas com deficiência física.
- Autorização para uso do aparelho auricular na aplicação da prova (sujeito à inspeção e aprovação no dia do certame).
- Outros: \_\_\_\_\_

Em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Candidato

Para uso exclusivo da Inaz do Pará

Deferido

Indeferido

Justificativa: