



**Serviço Público Federal
Ministério da Educação
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará –
Campus Belém.**

**EDITAL N° 01/2014/IFPA-BELÉM
FORMULÁRIO DE PORTADOR DE DEFICIÊNCIA**

Nome do Candidato: Curso:	N° de Inscrição
--	------------------------

Endereço:	
Bairro: CEP: CIDADE/UF:	Telefones:

Qual a sua deficiência? _____ Preencher e assinar este formulário, e, anexar a este formulário o laudo médico, original ou cópia autenticada, atestando a espécie e o grau ou nível de deficiência, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doença – CID (Decreto n° 3.298/99), e, enviá-los pelos correios, no período das inscrições, através de carta registrada, à Comissão Executora do Processo Seletivo – FADESP (Documentos PcD), Rua Augusto Corrêa, s/n, Campus Universitário da UFPA, Guamá, Belém-Pará, CEP 66075-110. Solicitações posteriores serão indeferidas.
Precisa de atendimento diferenciado durante a realização da prova? SIM () NÃO ()

Se você respondeu SIM, a pergunta anterior, quais as condições diferenciadas de que necessita para a realização da prova. _____ _____
--

Precisa de tempo adicional para realização das provas? SIM () NÃO ()
Caso tenha respondido SIM , deverá anexar cópia da justificativa de parecer emitido por especialista da área de sua deficiência.

Nome e Assinatura do(a) Candidato(a) ou do Responsável pelas informações acima. _____ Nome Completo (por extenso) do candidato ou do responsável _____ Assinatura do candidato ou do responsável _____, ____/____/____
--