



## ANEXO IV REQUERIMENTO DE CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA REALIZAÇÃO DAS PROVAS

Este formulário se destina aos candidatos que necessitam de condições especiais para a realização das provas do CONCURSO PÚBLICO (portadores de deficiência, recém-acidentados, recém-operados, acometidos por alguma doença, candidatas que estiverem amamentando e outras necessidades) exceto atendimento hospitalar.

Ilmo. Sr.  
WALDEMAR PASSINI DALBELLO  
Presidente da Fundação Aroeira PUC Goiás.

Eu, \_\_\_\_\_,  
candidato(a) ao CONCURSO PÚBLICO inscrição nº \_\_\_\_\_,  
portador(a) do documento de identificação nº \_\_\_\_\_, órgão  
expedidor \_\_\_\_\_, CPF: \_\_\_\_\_, Telefone(s)  
\_\_\_\_\_, venho requerer a V. Sa. condições  
especiais para realizar as provas, conforme as informações prestadas a seguir.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Local data Assinatura do(a) candidato(a)

### ATENÇÃO!

O candidato que apresentar algum comprometimento de saúde (recém-acidentado, operado, acometido por alguma doença) e necessitar de condições especiais para realização das Provas deverá entregar o Requerimento de Condições Especiais disponíveis no sítio <<http://www.fundacaoaroeira.com.br/2014/concurso/sspto/delegado/>>, acompanhado do atestado médico original, na Fundação Aroeira – Rua 261, Qd. 113 Lt. 11 n.º 226. Setor Leste Universitário, CEP: 74.610-250, Goiânia – GO, no horário de 8 às 12 e da 13 às 17 horas, até o penúltimo dia anterior a aplicação da prova. Essa solicitação será atendida segundo os critérios de viabilidade e de razoabilidade. A garantia que Fundação Aroeira dá ao candidato de realizar a(s) prova(s) em condição especial não implica que ele esteja desobrigado de fazê-las.



PREENCHA CORRETAMENTE AS INFORMAÇÕES, A SEGUIR, PARA QUE POSSAMOS ATENDÊ-LO EM SUA NECESSIDADE DA MELHOR FORMA POSSÍVEL.

ASSINALE O MOTIVO DO REQUERIMENTO:

Amamentação ( ) Acidentado ( ) Pós-cirúrgico ( )

Acometido por doença ( ) Qual? \_\_\_\_\_

Outro caso( ) Qual? \_\_\_\_\_

### CONDIÇÕES ESPECIAIS

1. Candidato temporariamente com problemas graves de saúde (acidentado, operado e outros), registre, a seguir, o tipo/doença e as condições necessárias:

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


Observação: Anexar atestado médico.

### 2. AMAMENTAÇÃO

Nome completo do acompanhante do bebê \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ nº do documento de identificação

\_\_\_\_\_, Órgão expedidor. \_\_\_\_\_

Observação: Anexar cópia do documento de identidade.

No dia da prova o(a) acompanhante deverá apresenta-se portando o original desse documento, devendo apresentá-lo na coordenação do concurso.