



SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO DE
VARGEM GRANDE DO SUL
ESTADO DE SÃO PAULO
PRAÇA WASHINGTON LUIZ, 643, CENTRO -
VARGEM GRANDE DO SUL – SP.



ANEXO V - MODELO DE REQUERIMENTO - ATENDIMENTO ESPECIAL

CONCURSO PÚBLICO Nº 001/2022

SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO DE VARGEM GRANDE DO SUL - SAE - EDITAL Nº 001/2022

Nome do candidato _____

Nº da inscrição: _____ Cargo: _____

RG nº: _____ CPF nº: _____

Tel.: fixo: () _____ Celular: () _____

E-mail: _____

Vem **REQUERER** atendimento especial no dia de realização da prova do (Concurso Público). Marcar com X ao lado do tipo de atendimento especial que necessite.

- () Sala para amamentação (Candidata lactante).
- () Acessibilidade no local de provas (Candidato cadeirante).
- () Acessibilidade no local de provas (Candidato com dificuldade de locomoção).
- () Prova com letra ampliada (Candidato com deficiência visual). Tamanho da fonte: _____
- () Prova em Braille (Candidato com deficiência visual).
- () Ledor (Candidato com deficiência visual).
- () Auxílio para preenchimento do cartão de resposta (Candidato com deficiência visual).
- () Auxílio para preenchimento do cartão de resposta (Candidato com deficiência motora que impeça o preenchimento do cartão).
- () Intérprete de Libras (Candidato com deficiência auditiva).
- () Tempo adicional (Candidato que apresentar parecer original emitido por especialista da área de sua deficiência, atestando a necessidade de tempo adicional, conforme Lei Federal nº 7.853/89).
- () Outro (descrever abaixo).

Atenção: Para o atendimento das condições solicitadas, verificar a obrigatoriedade de apresentação de LAUDO MÉDICO com CID emitido há menos de um ano, acompanhado deste requerimento preenchido. No caso de



SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO DE
VARGEM GRANDE DO SUL
ESTADO DE SÃO PAULO
PRAÇA WASHINGTON LUIZ, 643, CENTRO -
VARGEM GRANDE DO SUL – SP.



pedido de tempo adicional, é obrigatório PARECER ORIGINAL emitido por especialista da área de sua deficiência justificando sua necessidade junto a esse requerimento.

Dados especiais para aplicação das PROVAS:

(Discriminar abaixo qual o tipo de prova necessário e/ou tratamento especial.)

____ / ____ / ____

(Data)

(Assinatura)