

**FORMULÁRIO DE ATENDIMENTO ESPECIAL OU RECURSOS ADICIONAIS PARA REALIZAÇÃO  
DE PROVA DO CANDIDATO (A) PORTADOR DE DEFICIÊNCIA E/OU CONDIÇÃO ESPECIAL**

**PROCESSO SELETIVO VESTIBULAR MEDICINA 2021.1 UNIG - ITAPERUNA**

Eu, \_\_\_\_\_,

Identidade nº \_\_\_\_\_, candidato (a) inscrito (a) sob nº de Inscrição \_\_\_\_\_

do Concurso/Seleção Pública \_\_\_\_\_ venho requerer

para a realização da Prova na data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, o atendimento diferenciado/especial em  
conformidade com disposto no EDITAL.

---

---

---

---

---

---

Local/Data. \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do requerente/candidato