

**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 - NOVA IGUAÇU

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