

ANEXO III

REQUERIMENTO DE ATENDIMENTO DIFERENCIADO

Em conformidade com o que estabelece o item 96 do Edital ____/2025 do IFRR/CBVZO, solicito desta Comissão do processo seletivo do CBVZO, o atendimento diferenciado para realização da prova de redação, em virtude da minha impossibilidade, comprovada mediante atestado médico em anexo, de me submeter a avaliação na mesma sala de aula em que o exame será aplicado.

Reitero ter plena ciência de que o atendimento diferenciado previsto no item 96 do Edital ____2025 do IFRR/CBVZO, se limita ao atendimento de restrições de saúde momentânea, adquiridas após o período de inscrição, e que esse atendimento se dará exclusivamente no mesmo prédio da unidade em que se realizará a prova de redação, não importando, sob hipótese alguma, atendimento domiciliar ou realização de atendimento ao candidato fora das dependências do CBVZO.

Eu, _____
CPF: _____ RG: _____ UF: _____
emissor: _____ Data de Nasc: ____/____/____
Endereço: _____ Número: _____
Complemento: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____
email: _____

SOLICITO a realização de Atendimento Diferenciado

IMPORTANTE

Ao assinar este requerimento, o candidato declara sua expressa concordância em se submeter às regras do atendimento diferenciado.

As informações aqui prestadas são de inteira responsabilidade do candidato, que poderá responder judicialmente em caso de apresentação de dados e informações comprovadamente falsas.

Boa Vista-RR, ____ de _____ de 202__.

Assinatura do candidato

Assinatura do pai, mãe ou responsável legal (quando o candidato tiver idade inferior a 18 anos).

Nome do responsável: _____

CPF do responsável: _____