**FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO DE CONDIÇÕES COM ACOMODAÇÕES/ADAPTAÇÕES PARA REALIZAÇÃO DAS PROVAS OU ENTREVISTA DO PROCESSO SELETIVO DO MESTRADO PROFISSIONAL DO PAR**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portadora(o) do CPF No \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, candidata(o) a uma vaga no processo seletivo do Programa de Mestrado Profissional do Instituto Par Educação, venho requerer, junto à coordenação do Programa, condições com acomodações/adaptações, conforme o tipo de recursos abaixo identificados, para realização das seguintes Etapas de seleção do referido processo seletivo:

( ) Prova de Proficiência em Língua Estrangeira

( ) Prova de Conhecimento Básico sobre Análise do Comportamento

**Dispositivo, adaptação ou suporte necessários para realização das provas:**

* ( ) prova em braile
* ( ) leitura labial
* ( ) prova com letra ampliada (prova formato A3)
* ( ) lupa
* ( ) tiposcópio
* ( ) auxílio de tradutor-intérprete de Língua Brasileira de Sinais (Libras)
* ( ) auxílio para leitura orientada (docente no papel de ledor)
* ( ) auxílio para transcrição orientada (docente no papel de transcritor)
* ( ) sala de acesso facilitado - pessoas com dificuldades de locomoção, cadeirantes e obesos
* ( ) mobiliário acessível - obesos e deficientes
* ( ) necessidade tempo adicional para realização da prova

( ) Entrevista

**Dispositivo, adaptação ou suporte necessários para realização da Entrevista:** *(descrever especificando qual (is))*

Declaro estar ciente que, para a devida comprovação e de acordo com o Edital No 1/2025, cabe a mim a responsabilidade de providenciar e enviar para o email [secretaria@institutopar.org](mailto:secretaria@institutopar.org), junto a este formulário, o laudo médico original (ou cópia autenticada), contendo a justificativa para o requerimento da condição com acomodação/adaptação solicitada, bem como a respectiva e expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doença (CID). Entendo que este requerimento estará sujeito à análise da legalidade, viabilidade e razoabilidade do pedido, podendo ainda a Coordenação do Programa de Mestrado Profissional e/ou a Comissão de Seleção do Mestrado do Par solicitar outras informações e/ou documentação que se fizerem necessárias.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_.

NOME: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ASSINATURA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_