



ANEXO V

TEGO/SBGG – 2019

02 A 03 DE JULHO DE 2019

FORMULÁRIO PARA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Nome completo: _____

Nº da carteira profissional / UF: _____

Fone: () _____ Fax: () _____

Endereço: _____

Email: _____

Tipo de deficiência

Recursos especiais necessários para realização da prova

Necessita de tempo adicional para realização das provas () Sim () Não Qual? () Escrita () Oral

Quanto tempo? _____ Especificar as razões: _____

Assinatura do candidato _____

Registro no conselho / UF _____