

TEG/SBGG – 2019 – Salvador

FORMULÁRIO PARA CANDIDATOS PORTADORES DE NECESSIDADES ESPECIAIS

Nome completo _____

CRM / 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 / CRM / UF