

**PROCESSO SELETIVO PARA INGRESSO NO PROGRAMA  
DE RESIDÊNCIA MÉDICA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFG**

**REQUERIMENTO DE CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA REALIZAÇÃO DAS PROVAS**

Este formulário é destinado aos candidatos que necessitam de condições especiais para a realização das provas do **PROCESSO SELETIVO PARA INGRESSO NO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFG** (pessoas com deficiência, recém-acidentados, recém-operados, acometidos por alguma doença e candidatas que estiverem amamentando).

Ilma. Sra.  
Prof<sup>a</sup>. Geovana Reis.  
Presidente do Centro de Seleção da UFG.

Eu, .....  
candidato(a) ao **PROCESSO SELETIVO PARA INGRESSO NO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFG**, com número de inscrição.....portador(a) do documento de identificação número: .....órgão expedidor.....,CPF: .....Telefone(s): (.....)....., e/ou (.....)....., venho requerer a V. Sa. condições especiais para realizar as provas, conforme as informações prestadas a seguir.

PREENCHA CORRETAMENTE AS INFORMAÇÕES, A SEGUIR, PARA QUE POSSAMOS ATENDÊ-LO EM SUA NECESSIDADE DA MELHOR FORMA POSSÍVEL.

ASSINALE O MOTIVO DO REQUERIMENTO:

Amamentação ( ) Acidentado ( ) Pós-cirúrgico ( )

Acometido por doença ( ) Qual?.....

Outro caso ( ) ( )

Qual?.....

**CONDIÇÕES ESPECIAIS**

1. Candidato temporariamente com problemas graves de saúde (acidentado, operado e outros), registre, a seguir, o tipo/doença e as condições necessárias:

Registre, se for o caso, as condições especiais necessárias:

