**ANEXO 2**

**APLICAÇÃO DO TESTE TOEFL ITP**

**DATA: 08/11/2019**

**FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ACOMODAÇÃO PARA TESTE**

**Parte I – Informações do Requerente**

**Instruções**: Preencha o formulário, rubrique todas as páginas e assine na última página.

**Nome do requerente** (escreva seu nome exatamente como está escrito em seu documento de identificação):

Nome completo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cidade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino Data de Nascimento: \_\_\_\_/ \_\_\_\_/\_\_\_\_\_

CPF:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefone Residencial: ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone Celular: ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail institucional: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unidade de exercício no IFRO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Natureza de sua deficiência (marque as alternativas que se aplicarem à sua necessidade):

( ) Deficiência visual ou deficiência visual comprovada

( ) Baixa visão

( ) Deficiência auditiva

( ) Baixa audição

( ) ADD/ADHD

( ) Dislexia

( ) Deficiência física (identifique a condição, encaminhar documentação)

( ) Condição fisiátrica (identifique a condição, encaminhar documentação)

( ) Outros (ex.: sequelas de traumatismo craniano, autismo ou doenças relacionadas; encaminhar documentação)

Quando sua deficiência foi primeiramente diagnosticada? \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ (mês/ano)

Data da avaliação médica mais recente: \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ (mês/ano)

Descreva qual é sua necessidade de acomodação abaixo:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Este formulário deve ser enviado junto com o diagnóstico da deficiência por laudo médico, emitido nos últimos 12 (doze) meses, ou Laudo de Aptidão emitido pelo Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor – SIASS, diretamente para o e-mail da Assessoria de Relações Internacionais do IFRO (arint@ifro.edu.br), com o título “TOEFL ITP – Laudo <nome do candidato>”

Além da acomodação para o teste, descreva quais outras necessidades (medicamentos, aparelhos, alimentação, etc.) que você possui regularmente:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Declaração do Candidato**

Compreendo que toda informação necessária para o processo de avaliação desta solicitação deve estar disponível para o IFRO e a Mastertest/ETS dentro do prazo estabelecido, para que haja tempo suficiente de avaliação da solicitação de acomodação. Tenho conhecimento que a ETS se reserva no direito de realizar determinações finais para quaisquer solicitações de acomodações.

Declaro que as informações colocadas neste formulário são verdadeiras e, caso esta declaração não seja o suficiente para atender a minha solicitação, concordo em providenciar os documentos necessários, estabelecidos pela ETS, afim de que minha solicitação seja avaliada. Autorizo ainda a ETS a fazer a cópia de qualquer documento aqui anexado para estabelecer a necessidade de acomodação solicitada. Caso seja solicitado o uso de algum equipamento especial, certifico que tenho conhecimento do uso do mesmo.

Data:

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Assinatura do Candidato**