## REQUERIMENTO PARA ACESSIBILIDADE NA UNIVASF

#### I-DADOS DO REQUERENTE

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NOME COMPLETO | | | | | SEXO  ( ) M ( ) F |
| CPF | | VINCULO COM A UNIVASF  ( ) Estudante ( ) Servidor ( ) Sem Vínculo | | | |
| ENDEREÇO (Rua, nº, Bairro, Cidade, UF, CEP) | | | | | |
| TELEFONE | CELULAR | | EMAIL | | |
| CURSO | | | | PERÍODO/TURNO | |
| COLEGIADO | | | | CAMPUS | |

#### II-DEFICIÊNCIA/NECESSIDADES ESPECÍFICAS

|  |  |
| --- | --- |
| ( ) Deficiência Auditiva  ( ) Surdez  ( ) Baixa Visão  ( ) Cegueira  ( ) Deficiência Física | ( ) Dislexia  ( ) Autismo  ( ) TDAH  ( ) Altas Habilidade/Superdotação  ( ) Outros\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. |

#### III- REQUER

|  |
| --- |
| ( ) Tradutor e Intérprete de Libras ( Preencher Anexo I)  ( ) Transcrição de materiais para braille ou de braille para tinta  ( ) Bolsista de Apoio  ( ) Suporte em Tecnologia Assistiva (especificar)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  ( ) Outros (especificar)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| JUSTIFICATIVA |

Nestes termos, pede deferimento.

Em \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Assinatura do Requerente

**OBSERVAÇÕES:**

1. Para as demais solicitações, encaminhar para o email **npsi.gr@univasf.edu.br**

**........................................................................................................................................................................................................................................**

|  |
| --- |
| **INFORMAÇÕES E DESPACHOS** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**ANEXO I**

**INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS SOBRE SOLICITAÇÃO DE TRADUTOR E INTÉPRETE DE LIBRAS**

#### I – ATIVIDADE

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ( ) Aula de Graduação e Pós-Graduação *Stricto Sensu* (Mestrado e Doutorado)  ( ) Atividades de Pesquisa (em Graduação ou Pós-Graduação)  ( ) Atividades de Extensão e Cultura (com carga horária máxima de 20h)  ( ) Apoio em processos seletivos de Pós-Graduação  ( ) Eventos organizados/promovidos pela UNIVASF, nos quais participem surdos  ( ) Reuniões Institucionais da UNIVASF  ( ) Outros\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. | | |
| DURAÇÃO DA ATIVIDADE (Em horas) | PERÍODO DE REALIZAÇÃO  De \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ | QUANTIDADE DE PESSOAS SURDAS QUE SERÃO ATENDIDAS |
| LOCAL DE REALIZAÇÃO | | A ATIVIDADE SERÁ FILMADA?    ( ) SIM ( ) NÃO |
| RESUMO DO ASSUNTO (informar o tema a ser abordado na atividade) | | |
| INFORMAÇÕES ADICIONAIS | | |