ANEXO IV

PROCESSO SELETIVO DE RESIDÊNCIA MÉDICA 2018 SOLICITAÇÃO DE CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA REALIZAÇÃO PROVA	**PROTOCOLO** **_____** **(USO DA COREME)**

IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO		
NOME COMPLETO		
RG ou REGISTRO DE ESTRANGEIRO	CPF	Nº DE INSCRIÇÃO (Obrigatório)
EMAIL (Letra legível)		TELEFONE
PROGRAMA OFTALMOLOGIA		ACESSO DIRETO

PARECER

(USO DA COREME)

ASSINALE CONDIÇÃO ESPECIAL

☐ DEFICIÊNCIA FÍSICA ☐ AMAMENTAÇÃO ☐ RELIGIÃO ☐ OUTRO: _____

DESCRIÇÃO DA CONDIÇÃO ESPECIAL

JUSTIFICATIVA

REQUISITOS NECESSÁRIOS PARA REALIZAÇÃO DA PROVA

ASSINATURA DO CANDIDATO OU PROCURADOR

PROCESSO SELETIVO DE RESIDÊNCIA MÉDICA 2018 SOLICITAÇÃO DE CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA REALIZAÇÃO PROVA	PROTOCOLO
ASSINALE CONDIÇÃO ESPECIAL ☐ DEFICIÊNCIA FÍSICA ☐ AMAMENTAÇÃO ☐ RELIGIÃO ☐ OUTRO: _____	DATA RESPONSÁVEL