



ANEXO II - A
MODELO DE FORMULÁRIO PARA REQUERIMENTO DE ISENÇÃO DA TAXA DE
INSCRIÇÃO PARA HIPOSSUFICIENTES

Ao

SEBRAE-DF/IBEG

Nos termos do COMUNICADO 01 – SEBRAE-DF, requero a isenção do pagamento da taxa de inscrição:

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE:

Nome:
Cargo pretendido:
CPF nº

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

*Não serão acatados pedidos de isenção do pagamento da taxa de inscrição para candidatos que não comprovem sua condição de hipossuficiente financeiramente.

*Somente o preenchimento da solicitação de Isenção não implica na efetivação da inscrição, o candidato requerente deverá apresentar todos os documentos que comprovem sua condição de hipossuficiente na forma prevista no item 4.1.23 do comunicado 01 – SEBRAE/DF, bem como deverá executar todos os procedimentos exigidos no item 4.1.23.

DECLARAÇÃO

Declaro, para efeito de solicitação de concessão da isenção de pagamento de taxa de inscrição do Processo Seletivo do SEBRAE/DF comunicado 01, que sou membro de família de baixa renda, nos termos do Decreto Federal nº 6.135, de 2007.

Declaro ser inscrito no Cadastro Único para Programas Sociais do(s) Governo(s), com o nº _____;

Declaro que apresento condição de Hipossuficiência Financeira e que atendo ao estabelecido no Comunicado 01, em especial ao item que se refere à ISENÇÃO DA TAXA DE INSCRIÇÃO;

Declaro também estar ciente de que a veracidade das informações e documentações apresentadas é de minha inteira responsabilidade, podendo a Comissão do Processo Seletivo, em caso de fraude, omissão, falsificação, declaração inidônea, ou qualquer outro tipo de irregularidade, proceder ao cancelamento da inscrição e automaticamente a eliminação do Processo Seletivo, podendo adotar medidas legais contra minha pessoa, inclusive as de natureza criminal.

Assinatura do Candidato:

USO EXCLUSIVO DO IBEG

PEDIDO DEFERIDO

PEDIDO INDEFERIDO



ANEXO II - B

MODELO DE DECLARAÇÃO DE RENDA FAMILIAR

Nos termos do Comunicado 01 – SEBRAE/DF, requiero a isenção do pagamento da taxa de inscrição:

**Ao
SEBRAE-DF/IBEG**

IDENTIFICAÇÃO DO DECLARANTE:

Nome:
Cargo pretendido:
CPF nº

Informe os dados de todas as pessoas que residem no mesmo endereço que o candidato:

NOME	R.G	PARENTESCO	SALÁRIO/RENDA MENSAL

Declaro que apresento condição de Hipossuficiência Financeira e que atendo ao estabelecido no Comunicado 01, em especial ao item que se refere à ISENÇÃO DA TAXA DE INSCRIÇÃO;

Declaro também estar ciente de que a veracidade das informações e documentações apresentadas é de minha inteira responsabilidade, podendo a Comissão do Processo Seletivo, em caso de fraude, omissão, falsificação, declaração inidônea, ou qualquer outro tipo de irregularidade, proceder ao cancelamento da inscrição e automaticamente a eliminação do Processo Seletivo, podendo adotar medidas legais contra minha pessoa, inclusive as de natureza criminal.

Assinatura do Declarante



ANEXO III - A
REQUERIMENTO DE CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA REALIZAÇÃO DAS PROVAS

Este formulário destina-se aos candidatos que necessitam de condições especiais para a realização das provas do Processo Seletivo (portadores de deficiência, recém-acidentados, recém-operados, candidatas que estiverem amamentando etc.).

Ao
SEBRAE-DF/IBEG

Eu, _____, inscrição nº _____, CPF nº. _____ portador(a) do documento de identificação n. _____, expedido pelo(a) _____, candidato(a) ao Processo Seletivo para o cargo de _____ do SEBRAE/DF, venho requerer a V. Sa. condições especiais para realizar a prova, conforme as informações prestadas a seguir.

_____ / _____ /2012.
Local

Assinatura do(a) candidato(a)

ATENÇÃO!

- As condições especiais solicitadas serão concedidas mediante análise prévia do grau de necessidade, segundo os critérios de viabilidade e razoabilidade.
- O candidato portador de deficiência ou seu representante deverá protocolar o original deste Requerimento **o Instituto Brasileiro de Educação e Gestão - IBEG sito à SIG Quadra 01 Lote 495 Ed. Barão do Rio Branco Sala 344 – CEP 70.610-410, Brasília/DF**, devidamente preenchido, juntamente com o laudo, até o dia 26 de junho de 2012, com data de postagem até a data mencionada anteriormente.
- O candidato portador de deficiência, que necessitar de tempo adicional para fazer as provas, deverá anexar a este requerimento a justificativa da necessidade acompanhada de parecer do especialista da área de sua deficiência.
- O candidato que sofreu acidente ou foi operado recentemente ou está acometido por alguma doença deverá entregar este formulário devidamente preenchido com o respectivo atestado médico.
- A candidata que estiver amamentando deverá anexar ao requerimento uma cópia legível do documento de identificação do acompanhante, o qual terá acesso ao local de realização das provas mediante apresentação do documento original de identidade.



ANEXO III-B
REQUERIMENTO DE CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA REALIZAÇÃO DAS PROVAS

PREENCHA CORRETAMENTE AS INFORMAÇÕES PARA QUE O IBEG POSSA ATENDER A SUA NECESSIDADE DA MELHOR FORMA POSSÍVEL.

ASSINALE, COM UM X, O MOTIVO DO REQUERIMENTO:

Portador de deficiência Amamentação Outro. Qual? _____

1. PORTADOR DE DEFICIÊNCIA

1.1 VISUAL

Total (cego) Subnormal (parcial)

Circule os recursos necessários para fazer a prova:

a) para cegos – prova em Braille, ledor de prova, máquina Perkins, reglete de mesa, punção, cubarítmio, sorobã, folhas brancas e limpas e mesa espaçosa;

b) para visão subnormal – ledor de prova, lupa manual, luminária ou abajur, papel para rascunho, caneta, pincel atômico, mapas e gráficos em relevo, máquina de datilografia comum e prova ampliada.

Caso necessite de prova ampliada, indique o tamanho da fonte. Observe os exemplos abaixo.

Tamanho 14 Tamanho 16 Tamanho 18 Tamanho 20

Necessita de tempo adicional? Sim Não

NOTA: A prova para os deficientes visuais totais, que optarem por ledor de prova, será lida e registrada por um profissional capacitado. Para maior segurança do candidato, todos os procedimentos e as explicações verbais feitos durante a realização da prova serão gravados em aparelhos apropriados, que serão ouvidos posteriormente, para conferência das declarações do candidato.

Registre, se for o caso, **outras condições especiais necessárias:**

1.2 AUDITIVA

Total Parcial

Faz uso de aparelho? Sim Não

Precisa de Intérprete de LIBRAS? Sim Não

Necessita de tempo adicional? Sim Não

Registre, se for o caso, **outras condições especiais necessárias:**

1.3 FÍSICA



Parte do corpo:

() Membro superior (braços/mãos)

() Membro inferior (pernas/pés)

() Outra parte do corpo. Qual? _____

Necessita de um fiscal para preencher o cartão-resposta e/ou a folha de resposta? Sim () Não ()

Utiliza algum aparelho para locomoção?

Sim () Não () Qual? _____

Necessita de algum móvel especial para fazer as provas? Sim () Não ()

Necessita de tempo adicional? Sim () Não ()

Circule o(s) objeto(s) necessário(s) para fazer a prova:

(cama, poltrona, mesa espaçosa, cadeira confortável, máquina de datilografia comum, prancheta.)

Registre, se for o caso, **outras condições necessárias:**

2. AMAMENTAÇÃO

Nome completo do acompanhante do bebê

Nº do documento de identificação (RG): _____ Órgão expedidor: _____

Observação: O original desse documento deverá ser apresentado no dia da prova.

3. OUTROS

Candidato portador de outro tipo de deficiência ou temporariamente com problemas graves de saúde

(acidentado, operado e outros), registre, a seguir, o tipo/doença e as condições necessárias:

_____/_____/2012.
Local

Assinatura do(a) candidato(a)