

**CONCURSO PÚBLICO PARA PROVIMENTO DE CARGOS DO QUADRO DE PESSOAL DA  
CELG GERAÇÃO E TRANSMISSÃO S.A. – CELG GT**

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

Este formulário é destinado aos candidatos que necessitam de condições especiais para a realização das provas Concurso Público para provimento de cargos do quadro de pessoal da CELG Geração e Transmissão S.A. – CELG-GT (pessoas com deficiência, recém-acidentados, recém-operados, acometidos por alguma doença e candidatas que estiverem amamentando).

Ilmo. Sr.  
Profº. Wagner Wilson Furtado.  
Presidente do Centro de Seleção da UFG.

Eu, \_\_\_\_\_  
candidato(a) ao **Concurso Público para provimento de cargos do quadro de pessoal da  
CELG Geração e Transmissão S.A. – CELG-GT**, inscrição n. \_\_\_\_\_, portador(a)  
do documento de identificação n. \_\_\_\_\_, órgão expedidor \_\_\_\_\_,  
CPF: \_\_\_\_\_, Telefone (s) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ venho requerer a V. Sa. condições especiais para realizar  
as provas, conforme as informações prestadas a seguir.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Local data Assinatura do(a) candidato(a)

**ATENÇÃO!**

O candidato que apresentar algum comprometimento de saúde (pessoas com deficiência, recém-acidentado, operado, acometido por alguma doença) e necessitar de condições especiais para realização das Provas deverá entregar este Requerimento de Condições Especiais, acompanhado do atestado médico recente original, no Centro de Seleção da Universidade Federal de Goiás, sito à Rua 226, Qd. 71, s/n, Setor Universitário, no horário de 8 às 17 horas, até o penúltimo dia útil que antecede a realização das provas. Após esse dia, os pedidos de condição especial não serão aceitos. Essa solicitação será atendida segundo os critérios de viabilidade e de razoabilidade. A garantia que o Centro de Seleção dá ao candidato de realizar a(s) prova(s) em condição especial não implica que ele esteja desobrigado de fazê-las.

**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:


**Observação:** Anexar atestado médico.

### 2. AMAMENTAÇÃO

Nome completo do acompanhante do bebê

\_\_\_\_\_

n. do documento de identificação \_\_\_\_\_,

Órgão expedidor \_\_\_\_\_.

**Observação: Anexar cópia do documento de identidade.**

No dia da prova o(a) acompanhante deverá apresenta-se portando o original desse documento.