



REQUERIMENTO

NOME: _____
MATRÍCULA: _____ CURSO/CAMPUS: _____
ENDEREÇO: _____
BAIRRO: _____ FONE: _____
EMAIL: _____

1. Sou acadêmico(a) com deficiência ou necessidade educativa especial:

- ☐ Deficiência Visual
☐ Deficiência Física
☐ Deficiência Auditiva
☐ Superdotação/Altas Habilidades
☐ Transtorno do Espectro Autista
☐ Outra (Especifique): _____

3. Solicito ao Núcleo de Acessibilidade e Inclusão:

- ☐ Agendamento para uso das salas: () Recurso multifuncional () Leitura Fotossensível
☐ Adaptação de material didático, com Fonte: () Times New Roman Arial ()
Cor da Fonte: _____, Tamanho: _____ Cor de Fundo: _____.
☐ Apoio psicopedagógico.
☐ Auxílio no uso das salas de recurso multifuncional ou de leitura fotossensível.
☐ Auxílio na produção de trabalhos acadêmicos.
☐ Outra solicitação:

RECEBIDO EM: ____/____/____

Requerente

Rodovia Juscelino Kubitschek, km-2, s/ bairro: Jardim Marco Zero, Macapá-AP, CEP: 68903-4019
<http://www2.unifap.br/nai/> E-mail: naiinclusao39@gmail.com Telefone: (096)-3312.1764



REQUERIMENTO



NOME: _____ MATRÍCULA: _____
ASSUNTO: _____
RECEBIDO EM: ____/____/____

Secretaria Executiva