

Formulário para solicitação de estacionamento (Vaga para pessoa com deficiência)

|  |  |
| --- | --- |
| *Nome do/a aluno/a* |  |
| *Curso/Semestre:* |  |
| *Matrícula:* |  |
| *Contato* | *Tel.:* *Email:* |

|  |  |
| --- | --- |
| *Tipo de Deficiência ou necessidade* |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Data:* |  | *Horário de utilização do estacionamento:* |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Campus( ) Rudge Ramos ( ) Vergueiro  ( ) Planalto | | Local de aula:( ) Edifício: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sala n°:\_\_\_\_\_ | | | ( ) Outro \_\_\_\_\_ | | |
|  | | ( ) Auditório \_\_\_\_\_\_\_ | | |  | | |  | |
|  | |  |  | |  |  | |

|  |
| --- |
| *Outras informações:* |

* Será necessário revalidar o cartão de estacionamento a cada 6 (seis) meses.

*Favor enviar, com* ***02 dias*** *de antecedência, para a Assessoria para Inclusão:* [*assessoria.inclusao@metodista.br*](mailto:assessoria.inclusao@metodista.br)

***Requisitante:* *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***Data da solicitação:***  ***\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_***