

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*

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

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