

**FORMULÁRIO REFERIDO NA ALÍNEA B) DO N.º 1 DO ART. 3.º DO REGULAMENTO DO APOIO
AO ESTUDANTE COM NECESSIDADES EDUCATIVAS ESPECIAIS**

aluna/o da Faculdade de Direito inscrita no ____ .º ano, com o n.º _____, vem, pelo presente requerer a aplicação do Regulamento do Apoio ao Estudante com Necessidades Educativas Especiais (RAENEE), com os seguintes fundamentos e nos seguintes termos:

1. A/O aluna/o encontra-se na seguinte situação (marcar com X):

A) É portador/a de deficiência física, resultante de défice motor permanente congénito ou adquirido, que, requerendo cuidados médicos ou terapêuticos, comprovadamente comprometam acentuadamente o seu desempenho e participação académicos

B) É portador/a de deficiência sensorial caracterizada ou por défices visuais ou auditivos permanentes

C) É portador/a de dislexia, discalculia, ou outras dificuldades associadas que comprovadamente comprometem acentuadamente o seu desempenho e participação académicos

D) Problemas de saúde física ou limitações adquiridas mas que, pela sua particularidade e excecionalidade, criem comprovadamente a necessidade de adaptações ou medidas terapêuticas regulares e sistemáticas, limitadoras ou condicionantes do percurso académico regular

2. Caso tenha respondido D) na questão 1, especifique qual o problema de saúde e como é que o mesmo se reflete na vertente académica (resumidamente):

3. Caso tenha respondido D) na questão 1, especifique qual a duração previsível para a incapacidade:

Anual

Semestral

Limitado à época de exames

4. Caso tenha respondido A), B) ou D) na questão 1, indique se pretende requerer o acesso gratuito ao parque de estacionamento dos funcionários da FDUL

Sim

Não

5. Caso tenha respondido A) ou B) na questão 1, indique se pretende beneficiar do regime especial de empréstimo de livros da Biblioteca da FDUL:

Sim

Não

6. Indique qual o tipo de comprovativo que junta com o presente formulário (a):

Atestado médico*

Declaração médica **

Comprovativo de urgência***

(a) Os atestados ou declarações médicas não contêm obrigatoriamente a doença ou origem da incapacidade, devendo apenas indicar sumariamente de que forma é que a mesma se reflete na vertente académica da/o estudante, i.e., de que forma é que limita ou condiciona a capacidade de aprendizagem ou a sujeição à avaliação do visado.

* Para incapacidades transitórias, de duração igual ou inferior a 1 semestre

** Para incapacidades transitórias e permanentes

*** Para casos de incapacidade ocorrida a menos de 10 dias antes de época de exames

7. Pretende requerer algum tipo especial de frequência das aulas (b)?

Gravação das aulas*

Não

Assistência por videoconferência

(b) Possibilidade condicionada ao tipo de incapacidade e seus efeitos, de acordo com o indicado em atestado ou declaração médica

* Nos termos do art. 9.º do RAENEE, dependente da concordância do docente (e entrega de declaração de honra, caso seja solicitada)

8. Pretende requerer algum modelo especial de avaliação (c)?

Substituição do teste de AC por oral

Substituição do exame escrito por oral

(c) Dependente de impossibilidade objetiva de realização de provas escritas, salvo quando haja acordo com o docente

9. Pretende requerer algum regime especial para a realização de provas escritas?

Enunciado ampliado

Tempo extra (testes e exames)**

Uso de computador*

Realização em local separado***

* Presencialmente e sob vigilância do docente, em computador próprio do estudante ou cedido pela FDUL, sendo o documento que contém as respostas do estudante imediatamente impresso nos serviços da Divisão Académica

** Período adicional de 30 minutos por cada hora de duração da prova

*** Condicionado à impossibilidade de realização na sala designada para o efeito

Observações adicionais:

Instruções de preenchimento:

Imprimir formulário e preencher de acordo com as instruções de cada questão.
O formulário poderá ser digitalizado e enviado por email para: cae@fd.ulisboa.pt.
O formulário poderá ser preenchido e entregue em papel no CAE.
O formulário deverá ser acompanhado (em papel ou formato digital) pelo comprovativo da incapacidade e, caso seja necessário, pela declaração de honra referida na questão 7.

Telefone/TM:

Telefone/TM:

Data:

Email:

Anexos:

Comprovativo médico

Declaração de honra