

Bescheinigung

Zum Nachweis von spezifischem Bedarf von Prüfungsteilnehmenden  
gültig für die Durchführung von Prüfungen des Goethe-Instituts e. V.

Atestado

Para comprovação de necessidades especiais de um candidato a um prova  
do Goethe-Institut

Name der Ärztin / des Arztes / des medizinischen Fachpersonals  
Nome do(a) médico(a) / do(a) profissional (fonodólogo, terapeuta)

Name und Adresse der Institution / ärztlichen Praxis, die das Attest ausstellt  
Nome e endereço da clínica / consultório que emite este certificado

Name des / der Prüfungsteilnehmenden  
Nome do candidato (paciente)

Name des Prüfungszentrums, an dem die Prüfung abgelegt werden soll; geplanter Prüfungstermin  
Nome do centro de examinação onde a prova será realizada e data da realização da prova

Art des spezifischen Bedarfs (chronische Erkrankung / Behinderung)  
Tipo de necessidade especial (doença crônica, etc)

Ausmaß des spezifischen Bedarfs (z. B. Grad der Hörschwäche / Sehschwäche; Grad und genaue Charakterisierung der Rechtschreib- / Leseschwäche etc.)  
Extensão da necessidade especial (por exemplo: grau da deficiência auditiva ou visual e a descrição do possível deficit nas diferentes habilidades (leitura, escrita, audição))

**Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit des / der Prüfungsteilnehmenden in den einzelnen Prüfungsteilen:  
Impacto nos resultados do(a) candidato(a) nas seguintes partes da prova:**

Prüfungsteil / Parte da prova	Auswirkungen / Impacto	Beschreibung der Auswirkungen / Descrição do impacto Bitte möglichst für Laien verständlich beschreiben. Favor escrever de forma que seja compreendido também por uma pessoa leiga.
Lesen / Reading	<input type="checkbox"/> Ja / Sim <input type="checkbox"/> Nein / Não	
Hören / Listening	<input type="checkbox"/> Ja / Yes <input type="checkbox"/> Nein/Não	
Schreiben / Writing	<input type="checkbox"/> Ja / Sim <input type="checkbox"/> Nein/Não	
Sprechen / Speaking	<input type="checkbox"/> Ja / Sim <input type="checkbox"/> Nein/Não	

Sonstige Empfehlungen und Anmerkungen / Recomendações e comentários adicionais:

---

---

---

Ausstellungsdatum, Stempel der Institution bzw. Praxis  
Data da emissão. Carimbo da clínica ou do médico

Unterschrift der / des Attestierenden  
Assinatura