



Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – UFCSPA
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

**ANEXO VI - AUTODECLARAÇÃO DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA
(para candidatos inscritos para as vagas de ação afirmativa)**

Ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA

Eu, (nome) abaixo-assinado, CPF nº (número do documento) portador do documento de identificação nº (número do documento), DECLARO para o fim específico de atender ao Edital XX/202X – PPG-CSAU, processo seletivo para concessão de bolsas de doutorado do PPG-CSAU da UFCSPA, que sou portador de deficiência.

Necessita de condições especiais para a realização de qualquer uma das fases que compõem o processo seletivo?

- () SIM.
() NÃO.

Caso a resposta seja SIM, quais as condições diferenciadas de que necessita para a realização do processo seletivo?

Declaro ter:

- () Deficiência auditiva.
() Deficiência física.
() Deficiência mental.
() Deficiências múltiplas.
() Deficiência visual.
() Transtorno espectro autista.

Anexo a esta declaração, incluo um relatório médico que descreve, de forma detalhada, minhas condições de saúde, incluindo a referência explícita ao código correspondente da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

Declaro que todas as informações fornecidas são verdadeiras e estou ciente de que: A prestação de informações falsas ou a apresentação de documentação inidônea pelo estudante, apuradas após a matrícula em um procedimento que garanta o contraditório e a ampla defesa, poderá resultar no cancelamento da matrícula, sem prejuízo das sanções penais cabíveis. (BRASIL, Ministério da Educação, Portaria Normativa nº 21, de 5 de novembro de 2012, art. 35). Diante do exposto, solicito deferimento.

Porto Alegre, ___ de _____ de 20 ____.

Assinatura do Candidato
Assinada eletronicamente (Gov.br)

<https://www.gov.br/governodigital/pt-br/identidade/assinatura-eletronica>