

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

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(a) 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 mestrado e doutorado do PPG-CSAU da UFCSPA, que sou portador(a) 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 do 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(a) 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(a) Candidato(a)

Assinatura eletrônica (via Gov.br)

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