



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

ANEXO III - AUTODECLARAÇÃO DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA

(para candidatos inscritos para as vagas de ação afirmativa – autodeclarados portadores de deficiência)

Eu, _____ abaixo-assinado, CPF nº _____, portador do documento de identificação nº _____, DECLARO para o fim específico de atender ao Edital 08/2024 – PPGEnf, processo de inscrição na disciplina Projeto Aplicado do PPGEnf da UFCSPA, que sou portador de deficiência.

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

1. () Sim

2. () Não

Caso a resposta seja SIM, quais as condições diferenciadas de que necessita para a realização da Seleção?

Declaro ter:

() Deficiência Auditiva

() Deficiência Física

() Deficiência Mental

() Deficiências Múltiplas

() Deficiência Visual

() Transtorno Espectro Autista

Anexo a esta declaração, relatório médico que descreve DETALHADAMENTE as minhas condições de saúde, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doença (CID-10).



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

Afirmo serem verdadeiras as informações prestadas e confirmo estar ciente de que:

A prestação de informações falsas ou a apresentação de documentação inidônea pelo estudante, apurada posteriormente à matrícula, em procedimento que lhe assegure o contraditório e a ampla defesa, ensejará o seu cancelamento, sem prejuízo das sanções penais eventualmente cabíveis.” (BRASIL, Ministério da Educação, Portaria Normativa nº 21, de 5 de novembro de 2012, art. 35);

Nestes termos, peço deferimento.

Porto Alegre, _____ de _____ de 2024.

Assinatura do(a) declarante

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