



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

UFCSPA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
Rua Sarmento Leite, 245 - Fones: 0 xx 51 3303 9000 - Fax: 0 xx 51 3303.8810
CEP 90050-170 - Porto Alegre - RS - www.ufcspa.edu.br

ANEXO V

AUTODECLARAÇÃO DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA

(para candidatos/as inscritos/as para as vagas reservadas para ações afirmativas – autodeclarados/as portadores/as de deficiência)

Eu, _____, abaixo-assinado, CPF nº _____, portador(a) do documento de identificação nº _____, DECLARO para o fim específico de atender ao Edital de Seleção de Bolsas de Doutorado do PPG-Ciências da Reabilitação 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?

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).

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

“A prestação de informações falsas ou a apresentação de documentação inidônea pelo/a 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 202__.

Assinatura do(a) declarante
ASSINAR VIA APLICATIVO GOV.BR