



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

UFCSPA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

ANEXO VI

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 de Seleção Discente PPG-Pediatria 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).

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