##

## **AUTODECLARAÇÃO DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, detentor(a) do Documento de Identidade NO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ candidato(a) ao Programa de Pós-Graduação "*stricto sensu*", nível de Doutorado em Ciências Tecnologias e Inclusão, para o ano de **2025** Modalidade de Vaga Reservada, com base no Artigo 20 da Lei Federal No 13.146/2015, no Artigo 1 0 da Lei Federal No 12.764/2012, no Artigo 50 do Decreto Federal NO 5.296/2004 no Artigo 20 do Decreto 5.626/2005 declaro ter deficiência \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e solicito a minha participação neste concurso dentro dos critérios assegurados às pessoas com deficiência.

Anexo a esta declaração o Laudo Médico atestando a espécie e o grau ou o nível da minha deficiência, bem como a provável causa com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doenças (CID-IO).

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 dos sanções penais eventualmente cabíveis." (BRASIL, Ministério da Educação, Portaria Normativa no 21, de 5 de novembro de 2012, art. 35).

Nestes termos, peço deferimento.

Local e data:

Assinatura do(a) candidato(a) ou do responsável