MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO DELTA DO PARNAÍBA
PRÓ-REITORIA DE ASSUNTOS ESTUDANTIS
COMISSÃO LOCAL DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO – CLAA

ANEXO III

TERMO DE AUTODECLARAÇÃO DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Eu, _____

(nome do/a candidato/a), portador(a) da CIN/ CPF nº _____,

para fins de ocupar vaga reservada, declaro ser pessoa com deficiência de natureza:

( ) Deficiência física

( ) Deficiência Visual: baixa-visão

( ) Deficiência Visual: ( ) cegueira ( ) Visão monocular

( ) Deficiência Mental/Intelectual

( ) Deficiências Múltiplas

( ) Deficiência Auditiva

( ) Surdez (usuário da LIBRAS)

( ) Transtorno do Espectro Autista (TEA)

Declaro estar ciente de que:

1) Esse termo está de acordo com o documento de avaliação biopsicossocial ou relatório médico devidamente anexado a essa declaração.

2) As informações prestadas são de minha inteira responsabilidade, podendo eu responder legalmente no caso de falsidade das referidas informações, a qualquer momento, o que acarretará a minha eliminação do processo, sem prejuízo de outras sanções cabíveis.

3) Se for detectada a falsidade desta declaração, estarei sujeito às penalidades legais, inclusive de eliminação desta vaga, em qualquer fase, e de anulação da minha participação no Programa, após procedimento administrativo regular, em que sejam assegurados o contraditório e a ampla defesa.

_____, _____ de _____ de _____.

(cidade/UF) (dia) (mês) (ano)

_____

(Assinatura do/a candidato/a)