



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
Comitê de Acompanhamento de Políticas Afirmativas e Acesso à Reserva de Cotas
Comissão de Aferição de Autodeclaração

ANEXO E

FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Eu, _____, CPF nº. _____,
portador/a do RG n.º _____, candidato/a ao ingresso no Programa de Pós-Graduação em _____,
para ingresso no período letivo _____, declaro possuir deficiência:

TIPO DE DEFICIÊNCIA:

- Física
 Intelectual
 Auditiva
 Múltipla
 Visual
 Espectro Autista

Declaro ainda, serem verdadeiras as informações prestadas, e estar ciente que a declaração inverídica, uma vez comprovada mediante procedimento institucional, implicará no cancelamento da matrícula na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB (Portaria Normativa nº 9, de 05 de Maio de 2017, do Ministério da Educação).

Declaro ainda que estou ciente de que a informação falsa poderá submeter-me ao previsto no art. 299 do Código Penal Brasileiro.

_____, de _____ de _____.
(local) (dia) (mês) (ano)

Assinatura do/a Declarante

Comissão de verificação da Pessoa com Deficiência

Verificação em:

Deferido Indeferido

Presidente da Comissão