



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

FOTO
 3X4
 (Atual e
 Colorida)

ANEXO F

FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Eu, _____, CPF n.º _____, 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 DEFICIENCIA:

- 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: ____/____/____	<input type="checkbox"/> Deferido <input type="checkbox"/> Indeferido
_____ Presidente da Comissão	