

ANEXO E

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	