



## EDITAL DE SELEÇÃO DIVERSIFICA/CCS Nº 01/2024

### ANEXO G

### FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Eu, \_\_\_\_\_, CPF nº. \_\_\_\_\_, portador/a do RG n.º \_\_\_\_\_, candidato/a ao ingresso no Curso de Especialização em Promoção da Saúde na Escola 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



## EDITAL DE SELEÇÃO DIVERSIFICA/CCS Nº 01/2024

### Comissão de verificação da Pessoa com Deficiência

Verificação em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Deferido

Indeferido

\_\_\_\_\_  
Presidente da Comissão