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 F

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 |

Campus Universitário, Rua Rui Barbosa, 710, Centro, Cruz das Almas/Bahia - CEP 44.380-000 CNPJ 07.777.800/0001-62 - Tel.: (75) 3621-6827