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 A

TERMO DE AUTODECLARAÇÃO DE IDENTIDADE INDÍGENA – TADII

Eu,_____, portador/a do CPF n.º _____ e documento de identidade n.º_____, inscrito/a no processo seletivo _____,para o cargo_____, **na modalidade de vaga_____, declaro meu pertencimento ao povo indígena_____**.

Declaro ainda, serem verdadeiras as informações prestadas, e estar ciente que a declaração inverídica, uma vez comprovada mediante procedimento institucional, implicará na eliminação da minha participação no referido certame da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB, inclusive se já tiver tomado posse no cargo, (art. 9 da Portaria Normativa nº 18, de 11 de outubro de 2012, do Ministério da Educação) e que estou ciente de que a informação falsa poderá submeter-me ao previsto no art. 299 do Código Penal Brasileira.

*Local e data:*_____,_____*de*_____*de*_____..

Assinatura do/a Declarante

Parecer Motivado	
A Comissão de aferição de autodeclaração, considerou para fins de ingresso na UFRB, as documentações apresentadas de pertencimento ao povo indígena.	
Os documentos apresentados **confirmam** a autodeclaração indígena ( )	Os documentos apresentados **não confirmam** a autodeclaração indígena ( )
Data:___/____/_____ _____ Presidente da Comissão	

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 B

TERMO DE AUTODECLARAÇÃO DE IDENTIDADE QUILOMBOLA – TAIQ

Eu,_____, portador/a do CPF n.º _____ e documento de identidade n.º_____, inscrito/a no processo seletivo _____,para o cargo_____, **na modalidade de vaga_____, declaro meu pertencimento à comunidade quilombola_____**.

Declaro ainda, serem verdadeiras as informações prestadas, e estar ciente que a declaração inverídica, uma vez comprovada mediante procedimento institucional, implicará na eliminação da minha participação no referido certame da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB, inclusive se já tiver tomado posse no cargo, (art. 9 da Portaria Normativa nº 18, de 11 de outubro de 2012, do Ministério da Educação) e que estou ciente de que a informação falsa poderá submeter-me ao previsto no art. 299 do Código Penal Brasileira.

*Local e data:*_____,_____*de*_____*de*_____..

Assinatura do/a Declarante

Parecer Motivado	
A Comissão de aferição de autodeclaração, considerou para fins de ingresso na UFRB, as documentações apresentadas de pertencimento à comunidade quilombola.	
Os documentos apresentados **confirmam** a autodeclaração quilombola ( )	Os documentos apresentados **não confirmam** a autodeclaração quilombola ( )
Data:___/____/_____ _____ Presidente da Comissão	

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 C

DECLARAÇÃO DE PERTENCIMENTO ÉTNICO PARA MORADORES REMANESCENTES DE COMUNIDADES QUILOMBOLAS

Eu/Nós, abaixo assinado/s, declaro/amos para os devidos fins de direito que o/a candidato/a _____, RG n.º_____, CPF nº_____, nascido em____/_____/_____, pertencente à comunidade quilombola_____é **membro desta comunidade**, situada no Município_____, Estado_____.

Declaro/amos ainda serem verdadeiras as informações prestadas, e estar/mos ciente que a declaração inverídica, uma vez comprovada mediante procedimento institucional, implicará na eliminação da minha participação no referido certame da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB, inclusive se já tiver tomado posse no cargo, (conforme § 4º do artigo 41 da Resolução CONSUNI nº 003/2018).

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

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

Liderança

RG:_____

CPF:_____

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 D

TERMO DE AUTODECLARAÇÃO DE PESSOA TRANS (TRANSGÊNERO, TRANSSEXUAL, TRAVESTI) - TAPT

Eu,_____, portador/a do CPF n.º _____e documento de identidade n.º_____, optante pelo nome social _____, inscrito/a no processo seletivo ____ _____, para o cargo _____**,na modalidade de vaga**_____, **declaro minha condição de PESSOA TRANS (transgênero, transsexual, travesti):**

( ) TRANSGÊNERO *( )* TRANSEXUAL *( )* TRAVESTI

Declaro ainda, serem verdadeiras as informações prestadas, e estar ciente que a declaração inverídica, uma vez comprovada mediante procedimento institucional, implicará na eliminação da minha participação no referido certame da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB, inclusive se já tiver tomado posse no cargo, (conforme § 4º do artigo 41 da Resolução CONSUNI nº 003/2018) e 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

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_____, inscrito/a no processo seletivo _____, para o cargo _____, **na modalidade de vaga** _____, 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 na eliminação da minha participação no referido certame da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB, inclusive se já tiver tomado posse no cargo, (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	

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

MODELO RELATÓRIO DE DESCRITIVO DE FUNCIONALIDADE

(Este formulário deverá ser preenchido pelo profissional de saúde que emitir os laudos médicos)

Identificação:

Nome: _____

Idade:_____Deficiência: _____

Permanente ( ) Transitória ( )

Descrição Funcional:

Possibilidades de realizar atividades relacionadas às dimensões de acessibilidade:

Arquitetônica:

Mobiliário;

Sinalização;

Adaptação de espaço;

Outros.

Comunicacional:

( ) Sistema de leitura/escrita;
( ) Prova ampliada; ( )
Leitura Labial;
( ) Tradutor/intérprete de Libras; ( ) Braile;
( ) Libras tátil;
( ) Ledor;
( ) Transcrição;
( ) Guia-intérprete;
( ) Outras Tecnologias Assistiva.

Complementar

Demais informações que o profissional julgar relevante

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

MODELO RELATÓRIO DE DESCRITIVO DE FUNCIONALIDADE

(Este formulário deverá ser preenchido pelo profissional de saúde que emitir os laudos médicos)

Identificação:

Nome: _____

Idade:_____ Deficiência:_____

Permanente ( ) Transitória ( )

Descrição Funcional:

Possibilidades de realizar atividades relacionadas às dimensões de acessibilidade:

Arquitetônica:

Mobiliário;

Sinalização;

Adaptação de espaço;

Outros.

Comunicacional:

( ) Sistema de leitura/escrita;
( ) Prova ampliada; ( ) Leitura Labial;
( ) Tradutor/intérprete de Libras; ( ) Braile;
( ) Libras tátil;

( ) Ledor;

( ) Transcrição;
( ) Guia-intérprete;
( ) Outras Tecnologias Assistiva.

Complementar

Demais informações que o profissional julgar relevante

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 G

FORMULÁRIO DE INTERPOSIÇÃO DE RECURSO

Eu,_____, portador/a do RG nº _____e CPF nº_____, inscrito/a no processo seletivo _____, para o cargo _____, **na modalidade de vaga** _____, residente na/o _____, desejo interpor recurso contra_____, conforme detalhamento abaixo:
Argumento para Interposição de Recurso:

_____,_____de_____, _____
(local) (dia) (mês) (ano)

_____
Assinatura do/a Declarante