

ANEXO XI

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 _____.
(ano) (local) (dia) (mês)

Assinatura do/a Declarante

Comissão de verificação da Pessoa com Deficiência	
Verificação em: ____/____/____	☐ Deferido ☐ Indeferido
_____ Presidente da Comissão	