

FORMULÁRIO – PESSOA COM DEFICIÊNCIA

- 1) Nome do requerente:
- 2) Data de nascimento:
- 3) Identidade:
- 4) Órgão Expedidor:
- 5) CPF:

Precisa de atendimento diferenciado durante a realização da prova? SIM ()
NÃO ()

Se você respondeu SIM à pergunta anterior, quais as condições diferenciadas de que necessita para a realização da prova?

DECLARO que desejo me inscrever para concorrer, no processo de seleção do PPGCS/UPE, às vagas destinadas às ações afirmativas - *pessoa com deficiência* - nos termos estabelecidos no Artigo 4º do Decreto Federal nº 3.298/99 e suas alterações. **DECLARO**, ainda, que as informações prestadas nesta declaração são de minha inteira responsabilidade, estando ciente de que, em caso de falsidade ideológica ou a não comprovação da deficiência, ficarei sujeito ao desligamento da seleção e às sanções prescritas na legislação em vigor. Anexo a esta declaração o laudo médico, assinado e com o CRM do médico especialista, emitido, no máximo, nos últimos 03 (três) meses (a contar da data de publicação desta Chamada Pública), atestando a espécie e o grau ou nível da deficiência, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Por último, **DECLARO** concordar com a divulgação de minha condição de optante por vagas destinadas a ações afirmativas, nos documentos e listas publicadas durante o processo seletivo.

Neste termo, pede deferimento.

Recife, _____ de _____ de _____.

Assinatura do (a) candidato (a)