

# 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 DEFICIENCIA:

[ ] 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 | |