

ANEXO I

Formulário para interposição de recurso contra decisão relativa ao Processo Seletivo regido pelo Edital
_____/202__ do Programa de Pós-graduação em _____

Eu, _____ portador(a) do CPF nº _____, inscrito(a) no processo seletivo regido pelo Edital ____/202__ do Programa de Pós-graduação em _____ do C_____/UFRB apresento à Comissão de Processo Seletivo pedido de reconsideração contra decisão relativa ao resultado da etapa _____ do processo seletivo. Afirmando estar ciente de que não será admitida/considerada a juntada de documentos de qualquer natureza em nenhuma etapa de recurso.

A decisão objeto de contestação é (explicitar a decisão que está contestando):

Os argumentos com os quais contesto a referida decisão são:

Local e Data:

Assinatura do(a) candidato(a):

CURSO DE MESTRADO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECONCAVO DA BAHIA
CENTRO DE ARTES HUMANIDADES E LETRAS
MESTRADO EM COMUNICAÇÃO

ANEXO II

AUTODECLARAÇÃO DE VERACIDADE DE INFORMAÇÕES APRESENTADAS

Eu, _____(nome completo)_____, declaro que são VERDADEIRAS e EXATAS todas as informações que foram prestadas, assim como a originalidade e integralidade dos documentos encaminhados excepcionalmente em meio eletrônico, sem possibilidade de validação digital, para fins de matrícula na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), na condição de estudante. Declaro ainda estar ciente de que declaração ou documentação falsa no presente requerimento de matrícula constituirá crime de falsidade ideológica (art. 299 do Código Penal) e estará sujeita a sanções penais, sem prejuízo de medidas administrativas e outras. Comprometo-me, também, tão logo passe o período de excepcionalidade, apresentar a documentação requerida para autenticação pela instituição.

_____, _____ de _____ de _____

(Assinatura) _____

Nome Completo

CPF (ou número de passaporte)

RG

ANEXO III

ESCREVA AQUI O CPF da(o) candidata(o)
ESCREVA AQUI A LINHA DE PESQUISA PRETENDIDA

ESCREVA AQUI O TÍTULO DO PROJETO DE PESQUISA PROPOSTO: escreva aqui o subtítulo (se houver)

ESCREVA AQUI A CIDADE E ESTADO DE ONDE ESCREVE
ESCREVA AQUI O ANO



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

FOTO
3X4
(Atual e
Colorida)

ANEXO A

AUTODECLARAÇÃO ÉTNICO-RACIAL

Eu, _____, portador/a do CPF n.º _____ e documento de identidade n.º _____, convocado/a para aferição na UFRB relativo ao período letivo _____, candidato/a ao ingresso no Programa de Pós-Graduação em _____, declaro-me: PRETO/A PARDO/A

Os seguintes motivos justificam minha autodeclaração:

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 (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 _____ de _____.
(local) (dia) (mês) (ano)

Assinatura do/a Declarante

Parecer Motivado	
A Comissão de aferição de autodeclaração, conforme portaria normativa nº 04/2018 do MPOG e Resolução CONSUNI Nº 3/2018, considerou para fins de ingresso na UFRB, apenas as características fenotípicas do/ candidato/a (conjunto de características físicas do indivíduo, predominantemente a cor da pele, a textura do cabelo e os aspectos faciais)	
As características fenotípicas confirmam a autodeclaração ()	As características fenotípicas não confirmam a autodeclaração ()
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

FOTO
3X4
(Atual e
Colorida)

ANEXO B

TERMO DE AUTODECLARAÇÃO DE IDENTIDADE INDÍGENA – TADII

Eu, _____, portador/a do CPF n.º _____ e documento de identidade n.º _____, convocado/a para aferição na UFRB relativo ao período letivo _____, candidato/a ao ingresso no Programa de Pós-Graduação em _____, **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 no cancelamento da matrícula na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB (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

Para uso da Comissão

O (A) Indígena apresentou:

() Registro de Nascimento Indígenas – RANI; e/ou

() Declaração da Fundação Nacional do Índio – FUNAI e 03 declarações de sua comunidade sobre a sua condição de pertencimento étnico.

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

FOTO
3X4
(Atual e
Colorida)

ANEXO C

TERMO DE AUTODECLARAÇÃO DE IDENTIDADE QUILOMBOLA – TAIQ

Eu, _____, portador/a do CPF n.º _____ e documento de identidade n.º _____, convocado/a para aferição na UFRB relativo ao período letivo _____, candidato/a ao ingresso no Programa de Pós-Graduação em _____, **declaro meu pertencimento à comunidade quilombola** _____ situada no/s Município/s de _____, Estado _____ e que mantenho laços familiares, econômicos, sociais e culturais com a referida comunidade.

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 (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

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 D

**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 n.º _____, nascido em ____/____/____, pertencente á 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 no cancelamento da matrícula na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB (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: _____



FOTO
 3X4
 (Atual e
 Colorida)

ANEXO E

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
 _____, candidato/a ao ingresso no Programa
 de Pós-Graduação em _____, para
 ingresso no período letivo _____, **declaro minha condição de PESSOA TRANS (transgênero,
 transsexual, travesti):**

TRANSGÊNERO TRANSSEXUAL TRAVESTI

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 (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

FOTO
3X4
(Atual e
Colorida)

ANEXO F

FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Eu, _____, CPF n.º _____, 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: ____/____/____	<input type="checkbox"/> Deferido <input type="checkbox"/> 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 G

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;

() Ledor;

() Prova ampliada;

() Transcrição;

() Leitura Labial;

() Guia-intérprete;

() Tradutor/intérprete de Libras;

() Outras Tecnologias Assistiva.

() Braile;

() Libras tátil;

Complementar

Demais informações que o profissional julgar relevante

ANEXO H

FORMULÁRIO DE INTERPOSIÇÃO DE RECURSO

Eu, _____, portador/a do RG nº _____ e CPF nº _____, candidato/a ao ingresso no Programa de Pós-Graduação em _____, para ingresso no período letivo _____, residente na/o _____, desejo interpor recurso contra _____, conforme detalhamento abaixo:

Argumento para Interposição de Recurso:

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

Assinatura do/a Declarante