

FORMULÁRIO DE AUTODECLARAÇÃO – PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Eu, ,
documento de identidade nº , CPF nº , abaixo
identificado(a), declaro, nos termos do Decreto 3.298/1999 e da Lei Nº 13.146/2015, que
estou apto(a) a ocupar vaga destinada a pessoa com deficiência no curso de Escolher um
item., do Programa de Pós-graduação em
 da Universidade Federal de Ouro Preto.

Declaro, ainda, que a minha deficiência é atestada pelo **laudo anexo**, emitido por:
 (Nome completo do
profissional) - (Nº do Registro profissional do responsável pelo laudo).

Identificação da deficiência: , CID nº
 (de acordo com o laudo apresentado, quando for o caso).

Estou ciente de que esta autodeclaração será submetida à avaliação por equipe multidimensional designada pela UFOP. Também estou ciente de que a informação prestada poderá ser apurada a qualquer tempo, em procedimento que me assegure o contraditório e a ampla defesa e de que, caso seja constatada falsidade, a UFOP procederá ao cancelamento de minha matrícula no curso supracitado, sem prejuízo das sanções penais eventualmente cabíveis.

A seguir, registro informações sobre os recursos de acessibilidade e de tecnologia assistiva que me serão necessários no acompanhamento das atividades acadêmicas:

Identificação do(a) assinante:

Estudante convocado(a) para matrícula

Procurador(a) devidamente
identificado(a)

Local e Data

Assinatura