



INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO CEARÁ
Rua Estevão Remígio de Freitas, 1145 - Bairro Centro - CEP 62930-000 - Limoeiro do Norte - CE - www.ifce.edu.br

ANEXO

ANEXO 8

DECLARAÇÃO DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Eu, _____, documento de identidade nº _____, CPF: Nº _____, abaixo identificado(a), declaro, nos termos da Lei Nº 12.711/2012, alterada pela Lei Nº 13.409, de 28 de dezembro de 2016, e da Portaria Normativa MEC Nº 9, de 5 de maio de 2017, que estou apto(a) a ocupar vaga destinada a pessoa com deficiência na Pós-graduação lato sensu, do curso de Especialização em Saúde e Segurança Alimentar, IFCE – *campus* Limoeiro do Norte.

Declaro, ainda, que a minha deficiência é atestada pelo **laudo médico anexo**, emitido por: _____ (nome completo do profissional), _____ (CRM do profissional), Identificação da deficiência: _____, CID Nº _____ (de acordo com o laudo médico).

Estou ciente de que a prestação de informação falsa, apurada posteriormente à matrícula, em procedimento que me assegure o contraditório e a ampla defesa, ensejará o 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:

☐ Candidato com deficiência ☐ Procurador(a) devidamente identificado(a)

Limoeiro do Norte, de de 2021.

Assinatura do(a) candidato(a)



Documento assinado eletronicamente por **Pablo Alfredo Saip Baier, Chefe do Departamento de Extensão, Pesquisa, Pós-graduação e Inovação**, em 29/09/2021, às 12:56, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade do documento pode ser conferida no site https://sei.ifce.edu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0 informando o código verificador **3018618** e o código CRC **70C2B84D**.