



INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO CEARÁ
CAMPUS TAUÁ

ANEXO VIII

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, a intenção de concorrer ao processo seletivo do curso de _____ em _____, pelo sistema de reserva de vagas, na categoria de Pessoa com Deficiência.

Declaro, ainda, que a minha deficiência é atestada pelo **laudo médico anexo**, emitido pelo médico _____ (nome completo do profissional), _____ (CRM do profissional), com a 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.

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)

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) candidato(a)