

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS – UNIFAL-MG

Diretoria de Processos Seletivos – DIPS
Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Centro, Alfenas/MG, CEP 37130-001 | (35) 3701-9242 | www.unifal-mg.edu.br/dips

AUTODECLARAÇÃO PARA FINS DE RESERVA DE VAGAS
PESSOA COM DEFICIÊNCIA
PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO

Base normativa: Lei nº 8.745/1993; Decreto nº 9.508/2018; Lei nº 13.146/2015 (Lei Brasileira de Inclusão); Decreto nº 3.298/1999; Lei nº 12.764/2012 (TEA); Lei nº 14.126/2021 (visão monocular); Lei nº 14.768/2023 (deficiência auditiva); edital do processo seletivo.

Preencha de forma legível ou digitada. Este formulário deve ser assinado pela pessoa candidata e entregue conforme as instruções do edital.

1. IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA CANDIDATA

Nome completo:	
Nome social (se houver):	Data de nascimento:
Documento de identidade (RG ou CIN):	CPF:
E-mail:	Telefone (com DDD):
Função (professor substituto / visitante) / Área:	
Edital nº:	Nº de inscrição:

2. AUTODECLARAÇÃO DE DEFICIÊNCIA

Eu, pessoa acima identificada, inscrita no processo seletivo simplificado para contratação por tempo determinado (Lei nº 8.745/1993) da UNIFAL-MG, na modalidade de vagas reservadas a pessoas com deficiência, declaro ter a(s) condição(ões) abaixo assinalada(s) e ratifico a autodeclaração feita no ato da inscrição:

- | | |
|--|--|
| ☐ Deficiência física | ☐ Deficiência visual: cegueira |
| ☐ Deficiência auditiva (inclusive unilateral total) | ☐ Deficiência visual: baixa visão |
| ☐ Surdez (usuária(o) de Libras) | ☐ Visão monocular |
| ☐ Deficiência intelectual | ☐ Deficiência múltipla |
| ☐ Transtorno do Espectro Autista (TEA) | ☐ Outra (especificar): _____ |

3. RELATO DA HISTÓRIA PESSOAL

Descreva como a deficiência afeta sua vida cotidiana (infância, família, escola, trabalho, lazer, autocuidado, mobilidade, comunicação e outras áreas que julgar relevantes) e quais barreiras você enfrenta. Esse relato subsidia a avaliação biopsicossocial.

Se necessário, use folhas adicionais. Todas devem ser assinadas e não podem conter rasuras.

4. DOCUMENTAÇÃO ANEXADA

Assinale o(s) documento(s) apresentado(s), conforme exigido no edital:

- ☐ Laudo médico com descrição da deficiência, CID, data de emissão dentro do prazo do edital, assinatura e registro profissional (CRM);
- ☐ Exame(s) complementar(es) exigido(s) para a condição declarada (por exemplo, audiometria ou exame oftalmológico);
- ☐ Relatório ou parecer de equipe multiprofissional (quando houver);
- ☐ Outro documento previsto no edital: _____

5. ACESSIBILIDADE PARA A AVALIAÇÃO

Preciso de recurso de acessibilidade para participar da avaliação? ☐ Não ☐ Sim. Qual?

6. PARTICIPAÇÃO ANTERIOR EM PROCEDIMENTO DE VALIDAÇÃO

Já passei por avaliação da Comissão de Verificação de Pessoa com Deficiência (COMPEDE) da UNIFAL-MG?

☐ NÃO ☐ SIM. Ano: _____ Edital / processo: _____

Se SIM, resultado: ☐ deferido ☐ indeferido

7. CIÊNCIA E RESPONSABILIDADE

Declaro que as informações prestadas são verdadeiras e que tive acesso ao edital e aos documentos orientadores disponibilizados pela UNIFAL-MG. Estou ciente de que:

- a) minha condição será avaliada pela COMPEDE, com base em avaliação biopsicossocial (art. 2º, § 1º, da Lei nº 13.146/2015), nos documentos apresentados e, quando prevista no edital, em entrevista ou avaliação presencial ou virtual;
- b) a ausência ou a insuficiência dos documentos exigidos, ou o não comparecimento à avaliação sem justificativa aceita, poderá levar ao indeferimento;
- c) se a comissão não confirmar o enquadramento como pessoa com deficiência, poderei continuar concorrendo às vagas de ampla concorrência, desde que tenha obtido pontuação suficiente em cada fase do processo, nos termos do edital. Esse resultado não significa, por si só, reconhecimento de má-fé, e caberá recurso nos prazos do edital;
- d) A prestação de informação falsa, apurada em procedimento administrativo com garantia do contraditório e da ampla defesa, ensejará a eliminação do processo seletivo ou, se já tiver ocorrido a contratação, a anulação da admissão, sem prejuízo das sanções administrativas, civis e penais cabíveis, inclusive pelo crime de falsidade ideológica (art. 299 do Código Penal).

8. AUTORIZAÇÃO PARA REGISTRO DE IMAGEM E VOZ

☐ Caso a comissão realize entrevista ou avaliação, presencial ou virtual, autorizo a captação da minha imagem e voz, exclusivamente para a sua realização, registro e análise de eventuais recursos.

9. PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

Estou ciente de que os dados pessoais informados neste formulário, inclusive os dados sensíveis relativos a saúde e deficiência, serão tratados pela UNIFAL-MG exclusivamente para a execução da política de ações afirmativas, a realização do procedimento de validação e a análise de eventuais recursos, com acesso restrito às comissões e aos setores responsáveis, nos termos da Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais).

Local: _____, _____ de _____ de 20____.

Assinatura da pessoa candidata

Assine preferencialmente com o Assinador gov.br: www.gov.br/pt-br/servicos/assinatura-eletronica

Representante legal (somente quando houver curatela ou representação legal)

Nome: _____ CPF: _____

Assinatura do(a) representante legal