TERMO DE AUTODECLARAÇÃO DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA

(preencher de forma LEGÍVEL ou digitado)

Eu, , detentor(a) do Documento de Identidade Nº , CPF candidato(a) ao Processo Seletivo para ingresso em Programa de Pós-Graduação em \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ da Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL-MG, Edital nº \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Modalidade de Vaga Reservada para pessoas com deficiência, declaro ter:

( ) Deficiência física

( ) Deficiência Visual: baixa-visão ( ) Deficiência Visual: cegueira

( ) Visão monocular

( ) Deficiência Mental/Intelectual ( ) Deficiências Múltiplas

( ) Deficiência Auditiva

( ) Surdez (usuário da LIBRAS)

( ) Transtorno do Espectro Autista (TEA)

**Descrição da história pessoal** (infância, família, escola, trabalho, lazer, autocuidado e demais áreas da vida cotidiana que julgar relevante)

(Se for necessário, utilize mais de uma folha e todas deverão ser assinadas e não poderão conter rasuras)

Afirmo serem verdadeiras as informações prestadas e declaro, em conformidade com o Art. 35 da Portaria Normativa nº 21, de 5 de novembro de 2012 [Art. 3º do Decreto-Lei n.º 4.657, de 4 de setembro de 1942] estar ciente de que prestação de informações falsas ou a apresentação de documentação inidônea ensejará o seu cancelamento, sem prejuízo das sanções penais eventualmente cabíveis.

Nestes termos, peço deferimento.

Local e data

*Assinatura do(a) candidato(a) ou do responsável*