



Ministério da Educação  
Universidade Federal de Alfenas  
Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Bairro centro, Alfenas/MG - CEP 37130-001  
Telefone: (35) 3701-9242 - <http://www.unifal-mg.edu.br>

**TERMO DE AUTODECLARAÇÃO DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA**  
**(preencher de forma LEGÍVEL ou digitado)**

Eu (nome completo)

RG

CPF

candidato(a) ao Processo Seletivo SiSU da Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL-MG, 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*

De preferência, assine com SouGov.Br: <https://www.gov.br/pt-br/servicos/assinatura-eletronica>