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
GRADUAÇÃO

Base normativa: Lei nº 12.711/2012, com redação dada pela Lei nº 14.723/2023; Decreto nº 7.824/2012; 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):**
Curso pretendido:	
Edital / Processo seletivo nº:	**Nº de inscrição:**

2. AUTODECLARAÇÃO DE DEFICIÊNCIA

Eu, pessoa acima identificada, inscrita no processo seletivo para ingresso em curso de graduação 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 auditiva (inclusive unilateral total)
- ☐ Surdez (usuária(o) de Libras)
- ☐ Deficiência intelectual
- ☐ Transtorno do Espectro Autista (TEA)
- ☐ Deficiência visual: cegueira
- ☐ Deficiência visual: baixa visão
- ☐ Visão monocular
- ☐ Deficiência múltipla
- ☐ 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, perderei o direito de concorrer à vaga reservada nessa modalidade, 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 perda do direito à vaga e o cancelamento da matrícula, caso já realizada, 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

Responsável legal (obrigatório quando a pessoa candidata tiver menos de 18 anos)

Nome: _____ CPF: _____

_____

Assinatura do(a) responsável legal