



UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
INSTITUTO BIOMÉDICO
DEPARTAMENTO DE FISIOLOGIA E FARMACOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS BIOMÉDICAS

Autodeclaração - Pessoa com deficiência

Eu, _____, abaixo assinado, de nacionalidade _____, nascido(a) em ____/____/____, no município de _____, estado _____, filho(a) de _____ e de _____, estado civil _____, residente e domiciliado(a) à _____ CEP nº _____, portador(a) da cédula de identidade nº _____, expedida em ____/____/____, órgão expedidor _____, CPF nº _____ declaro, sob as penas da lei que sou pessoa com deficiência, conforme comprovação médica incluída na documentação exigida pelo Programa Declaro, ainda, ter ciência de que as informações prestadas para o processo de análise da condição declarada por mim, com vistas ao ingresso pelo sistema de vaga adicional, são de minha inteira responsabilidade e quaisquer informações inverídicas prestadas implicará no indeferimento da minha solicitação e na aplicação de medidas legais cabíveis. Na hipótese de configuração de fraude em qualquer momento, inclusive posterior à matrícula, estou também ciente que posso perder o direito à vaga conquistada e a quaisquer direitos dela decorrentes, independentemente das ações legais cabíveis que a situação requerer.

Por ser verdade, dato e assino.

_____, _____ de _____ de 20__

Assinatura do Candidato