



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, data e assino.

_____, ____ de _____ de 20____

Assinatura do Candidato