



INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO CEARÁ  
Av. Ouvidor Vitório Soares Barbosa, 160 - Sanharão, CEP: 62760-000 - Baturité - CE - [www.ifce.edu.br](http://www.ifce.edu.br) -  
[www.ifce.edu.br](http://www.ifce.edu.br)

**EDITAL Nº 7/2025 DG-BAT/BATURITÉ**

**PROCESSO SELETIVO PARA INGRESSO NO CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO *LATO SENSU* EM GESTÃO ESCOLAR**

**ANEXO IV  
DECLARAÇÃO DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA**

Eu, \_\_\_\_\_, documento de identidade nº \_\_\_\_\_, CPF Nº \_\_\_\_\_, abaixo identificado(a), declaro que estou apto(a) a ocupar vaga destinada a pessoa com deficiência no Edital nº \_\_\_\_/ \_\_\_\_ (ano) do processo seletivo \_\_\_\_\_ do campus Maranguape.

Declaro, ainda, que a minha deficiência é atestada pelo laudo médico em anexo, emitido pelo(a) médico(a) \_\_\_\_\_ (nome completo do profissional), CRM \_\_\_\_\_ (CRM do profissional).

Identificação da deficiência: \_\_\_\_\_, CID Nº \_\_\_\_\_ (de acordo com o laudo médico).

Estou ciente de que a prestação de informação falsa apurada a qualquer momento, mesmo após a matrícula, em procedimento que me assegure o contraditório e a ampla defesa, ensejará o cancelamento de minha matrícula no curso supracitado, sem prejuízo das sanções penais eventualmente cabíveis.

A seguir, registro informações sobre os recursos de acessibilidade e de tecnologia assistiva que me serão necessários no acompanhamento das atividades acadêmicas:

---

---

---

---

Identificação do(a) assinante: ☐ Candidato com deficiência ☐ Procurador(a) devidamente identificado(a)

Local e Data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura\*

\*No campo da assinatura não deve constar apenas o nome digitado do candidato, mas sua assinatura por extenso ou rubrica ou autenticação/validação digital.