



INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO CEARÁ  
CAMPUS MORADA NOVA

**ANEXO VIII**

DECLARAÇÃO DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Eu, \_\_\_\_\_, documento de identidade nº \_\_\_\_\_, CPF Nº \_\_\_\_\_, abaixo identificado(a), declaro, nos termos da Lei Nº 12.711/2012, alterada pela Lei Nº 13.409, de 28 de dezembro de 2016, e da Portaria Normativa MEC Nº 9, de 5 de maio de 2017, a intenção de concorrer ao processo seletivo do curso de \_\_\_\_\_ em \_\_\_\_\_, pelo sistema de reserva de vagas, na categoria de Pessoa com Deficiência.

Declaro, ainda, que a minha deficiência é atestada pelo **laudo médico anexo**, emitido pelo médico \_\_\_\_\_ (nome completo do profissional), \_\_\_\_\_ (CRM do profissional), com a identificação da deficiência \_\_\_\_\_, CID Nº \_\_\_\_\_ (de acordo com o laudo médico).

Estou ciente de que a prestação de informação falsa, apurada posteriormente à matrícula, em procedimento que me assegure o contraditório e a ampla defesa, ensejará o cancelamento de minha matrícula no curso supracitado.

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)

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) candidato(a)