



## INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO CEARÁ

Rua Estevão Remígio de Freitas, 1145 , - Bairro Centro - CEP 62930-000 - Limoeiro do Norte - CE - www.ifce.edu.br

### ANEXO VII

#### 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, que estou apto(a) a ocupar vaga destinada a pessoa com deficiência na Pós-graduação \_\_\_\_\_ sensu, curso de \_\_\_\_\_ do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará - Campus \_\_\_\_\_.

Declaro, ainda, que a minha deficiência é atestada pelo **laudo médico anexo**, emitido por: \_\_\_\_\_ (Nome completo do profissional) - \_\_\_\_\_ (CRM do profissional).

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, 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(a) com deficiência      ( ) Procurador(a) devidamente identificado(a)

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