



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE ESTADO DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO
UNIVERSIDADE DO ESTADO DE MATO GROSSO
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE GRADUAÇÃO
ASSESSORIA DE GESTÃO DE POLÍTICAS EDUCACIONAIS



TERMO DE AUTODECLARAÇÃO DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Eu, _____ (nome do/a candidato/a), portador da CIN/ CPF nº _____, para fins de ocupar vaga reservada, declaro ser pessoa com deficiência de natureza:

- ☐ Deficiência física
- ☐ Deficiência Visual: baixa-visão
- ☐ Deficiência Visual: ☐ cegueira ☐ Visão monocular
- ☐ Deficiência Mental/Intelectual
- ☐ Deficiências Múltiplas
- ☐ Deficiência Auditiva
- ☐ Surdez (usuário da LIBRAS)
- ☐ Transtorno do Espectro Autista (TEA)

Declaro estar ciente de que:

1) Esse termo está de acordo com o documento de avaliação biopsicossocial ou relatório médico devidamente anexado a essa declaração. 2) As informações prestadas são de minha inteira responsabilidade, podendo eu responder legalmente no caso de falsidade das referidas informações, a qualquer momento, o que acarretará a minha eliminação do processo, sem prejuízo de outras sanções cabíveis. 3) Se for detectada a falsidade desta declaração, estarei sujeito às penalidades legais, inclusive de eliminação desta vaga, em qualquer fase, e de anulação de minha contratação após procedimento administrativo regular, em que sejam assegurados o contraditório e a ampla defesa.

_____, ____ de _____ de _____.

(cidade/UF) (dia) (mês) (ano)

(Assinatura do/a candidato/a)