ANEXO X

**AUTODECLARAÇÃO**

**para Estudantes com Deficiência**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nome do Candidato** |  | | |
| **Documento de Identidade** |  | **Órgão Expedidor/UF** |  |
| **Telefone 1:** | **( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Telefone 2:** | **( )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

**De acordo com a legislação, declaro ser Pessoa com Deficiência por apresentar a(s) seguinte(s) condição(ões) abaixo indicada(s):**

|  |  |
| --- | --- |
| ( ) | **DEFICIÊNCIA FÍSICA:** alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física. |
| ( ) | **DEFICIÊNCIA AUDITIVA:** perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (41 dB) ou mais, aferida pela média aritmética no audiograma nas frequências de 500 Hz, 1.000Hz, 2.000 Hz e 3.000 Hz. |
| ( ) | **DEFICIÊNCIA VISUAL:** cegueira; baixa visão; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60º; visão monocular; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores. |
| ( ) | **DEFICIÊNCIA MENTAL:** funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos 18 anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas. |
| ( ) | **TRANSTORNO DO ASPECTRO AUTISTA:** Pessoa com síndrome clínica caracterizada na forma do seguinte:   1. Deficiência persistente e clinicamente significativa da comunicação e da interação sociais, manisfestada por deficiência marcada de comunicação verbal e não verbal usada para interação social; ausência de reciprocidade social; falência em desenvolver e manter relações apropriadas ao seu nível de desenvolvimento; 2. Padrões restritivos e repetitivos de comportamentos, interesses e atividades, manifestados por comportamentos motores ou verbais estereotipados ou por comportamentos sensoriais incomuns; excessiva aderência a rotinas e padrões de comportamento ritualizados; interesses restritos e fixos. |
| ( ) | **DEFICIÊNCIA MÚLTIPLA:** associação de duas ou mais deficiências. |

OBS: É obrigatória a entrega do laudo médico atualizado para comprovação da deficiência.

Declaro que desejo me matricular no semestre 2025/1 no PPGECM da Universidade do Estado de Mato Grosso – UNEMAT, nas vagas destinadas às ações afirmativas. Declaro estar ciente que informações prestadas e que não correspondam à verdade dos fatos implicarão no cancelamento da matrícula e instauração do correspondente processo, conforme o artigo 299 do Código Penal. Declaro, por fim, conhecer e aceitar todas as regras estabelecidas no Edital de inscrição, seleção e ocupação de vagas dos cursos do PPGECM, bem como da Resolução nº 046/2023 - CONEPE. Por fim, declaro concordar com a divulgação de minha condição de optante pelas vagas de ações afirmativas.

Local e Data: / / /20\_\_.

Assinatura do Candidato