



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)