



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA**  
**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO CEARÁ –**  
**CAMPUS CRATO**

**ANEXO 7**

**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 lato sensu, do 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 com deficiência     Procurador(a) devidamente identificado(a)

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

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