



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO CEARÁ – CAMPUS
MARANGUAPE
ANEXO 9

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)