



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO CEARÁ**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TECNOLOGIA E GESTÃO AMBIENTAL**

**EDITAL 20/2023 - PGTGA/IFCE**

**ANEXO IV – DECLARAÇÃO DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA**

Eu, \_\_\_\_\_, 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: \_\_\_\_\_ do Campus \_\_\_\_\_ do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará.

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)

Cidade: \_\_\_\_\_, Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

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