

ANEXO VI



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO CEARÁ**

DECLARAÇÃO DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Eu, _____, identidade nº _____ CPF: N° _____, abaixo identificado(a), declaro, nos termos da Lei N° 12.711/2012, alterada pela Lei N° 13.409, de 28 de dezembro de 2016, e da Portaria Normativa MEC N° 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 N° _____ (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)