



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

ANEXO VIII
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)