



**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)