**AUTODECLARAÇÃO DE CANDIDATO PORTADOR DE DEFICIÊNCIA**

Tendo realizado minha inscrição para uma das vagas do Edital 01/PPGAQI/2022,

1. ( ) DECLARO para o fim específico atender ao Edital Nº 01/PPGAQI/2022, que **sou portador(a) de deficiência**.

2. ( ) DECLARO que estou ciente de que detectada a falsidade desta declaração, sujeito-me as penas da lei, especialmente as consequências relacionadas ao Art. 9 da Portaria 18/2012/MEC e ao edital deste processo seletivo.

Florianópolis, \_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome do(a) Candidato(a): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Anexar os seguintes documentos comprobatórios:**

I) Laudo médico, realizado no máximo nos doze meses anteriores à inscrição neste processo seletivo, que deverá estar assinado por médico(a) especialista na área da deficiência do(a) candidato(a), contendo na descrição clínica o grau ou nível de deficiência, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doenças – CID, e descrição do impacto da deficiência na funcionalidade. Deve ainda conter o nome legível, carimbo, assinatura e CRM do(a) médico(a) que forneceu o atestado.

II) Candidatos(as) com Deficiência Auditiva (Surdez), além do laudo médico, devem apresentar os seguintes exames: audiometria (tonal e vocal) e imitanciometria, realizados nos doze meses anteriores à inscrição neste processo seletivo, nos quais constem o nome legível, carimbo, assinatura e número do conselho de classe do(a) profissional que realizou o exame.

III) Candidatos(as) com Deficiência Visual, além do laudo médico, devem apresentar exame oftalmológico em que conste a acuidade visual, realizado no máximo nos doze meses anteriores à inscrição neste processo seletivo, como também o nome legível, carimbo, assinatura e CRM do(a) profissional que realizou o exame.

**PARECER DA COMISSÃO DE VALIDAÇÃO DA AUTODECLARAÇÃO DE PESSOA   
PORTADORA DE DEFICIÊNCIA**

A Comissão de validação de Autodeclaração de PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA, após análise da documentação apresentada pelo(a) candidato(a), em relação às disposições do edital do processo seletivo:

( ) **SIM**, valida essa autodeclaração.

( ) **NÃO**, não valida essa autodeclaração e **NÃO** habilita o(a) candidato(a) para a continuidade do processo seletivo pelas ações afirmativas.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CPF Nome completo e assinatura

OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES: