ANEXO III

AUTODECLARAÇÃO PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Eu,............................................................................................................................................................................................................,

portador(a) RGnº:............................................................. .............,

CPF nº .........................................................., declaro para o fim específico de atender aos itens do termo de autodeclaração do ENA PROFGEO 2023, que que estou apto(a) a ocupar vaga reservada para pessoas com deficiência, em conformidade com a Leinº12.711/2012, alterada pela Leinº13.409/2016, como descrevo a seguir. **IDENTIFICAÇÃODA(S)DEFICIÊNCIA(S)**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,CIDnº \_\_\_\_\_\_\_\_\_[de acordo com o(s) laudo(s) médico(s)]

**LIMITAÇÕES NO DESEMPENHO DE ATIVIDADES**: Quais barreiras você enfrenta na realização de atividades escolares ou acadêmicas, nas atividades diárias e/ou profissionais ou outras? [*Apresente as barreiras de forma sucinta*]

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

**ATENDIMENTOS:** Você conta com algum tipo de atendimento especializado (AEE) no exercício da docência em sua instituição? [*Descreva de forma sucinta: o(s) tipo(s) de atendimento e os recursos de acessibilidade recebidos*] \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ] Não precisarei de recursos de acessibilidade para o acompanhamento das atividades acadêmicas.

[ ] Estou ciente de que o laudo médico e os documentos comprobatórios da deficiência serão submetidos à verificação por comissão designada pela coordenação do PROFGEO/IFC.

[ ] Tenho ciência de que a apresentação de documento inverídico ensejará o cancelamento da matrícula e o devido processo legal.

Brusque, ......./....../2023

Assinatura do(a) candidato(a)