**ANEXO VII - DECLARAÇÃO – PESSOA COM DEFICIÊNCIA**

- Nome do requerente:

- Data de nascimento:

- Telefone:

- E-mail:

- Identidade:

- Órgão Expedidor:

- CPF:

- Tipo de deficiência:

( ) Deficiência física

( ) Deficiência auditiva

( ) Deficiência visual

( ) Deficiência intelectual

( ) Transtorno do espectro Autista

( ) Deficiência múltipla

Especificações sobre a deficiência (exemplo: para deficiência visual, informar se é cegueira, baixa visão ou visão monocular):

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

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

Precisa de atendimento diferenciado durante a realização da prova?

( ) SIM ( ) NÃO

Se você respondeu SIM à pergunta anterior, quais as condições diferen ciadas de que necessita para a realização da prova que será realizada de forma remota?

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

DECLARO que desejo me inscrever para concorrer às vagas destinadas a ações afirmativas (vagas de cota) para pessoas com deficiência, nos termos estabelecidos no processo de seleção objeto desta Chamada Pública.

DECLARO, ainda, que as informações prestadas nesta declaração são de minha inteira responsabilidade, estando ciente de que, em caso de falsidade ideológica ou a não comprovação da deficiência, ficarei sujeito ao desligamento do curso e às sanções prescritas na legislação em vigor.

DECLARO concordar com a divulgação de minha condição de optante por vagas destinadas a ações afirmativas (vagas de cota), nos documentos e listas publicadas durante o processo seletivo.

E, para comprovação e cumprimento do exigido na Chamada Pública, me comprometo no ato da matrícula, se aprovado, entregar o Laudo Médico, assinado por médico especialista na deficiência apresentada, com CRM, emitido nos últimos 03 (três) meses, atestando a espécie e o grau, ou nível da deficiência, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

Manaus, ........de.............................de 2023

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

Assinatura do Candidato