



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA  
Comitê de Acompanhamento de Políticas Afirmativas e Acesso à Reserva de Cotas  
Comissão de Aferição de Autodeclaração

**ANEXO E**

**FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA**

Eu, \_\_\_\_\_, CPF nº. \_\_\_\_\_,  
portador/a do RG n.º \_\_\_\_\_, candidato/a ao ingresso no Programa de Pós-Graduação em \_\_\_\_\_,  
para ingresso no período letivo \_\_\_\_\_, declaro possuir deficiência:

TIPO DE DEFICIÊNCIA:

- Física  
 Intelectual  
 Auditiva  
 Múltipla  
 Visual  
 Espectro Autista

Declaro ainda, serem verdadeiras as informações prestadas, e estar ciente que a declaração inverídica, uma vez comprovada mediante procedimento institucional, implicará no cancelamento da matrícula na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB (Portaria Normativa nº 9, de 05 de Maio de 2017, do Ministério da Educação).

Declaro ainda que estou ciente de que a informação falsa poderá submeter-me ao previsto no art. 299 do Código Penal Brasileiro.

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.  
(local) (dia) (mês) (ano)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do/a Declarante

**Comissão de verificação da Pessoa com Deficiência**

Verificação em:

Deferido  Indeferido

\_\_\_\_\_  
Presidente da Comissão