

## DECLARAÇÃO

(de Candidato Pessoa com deficiência)

CONCURSO PÚBLICO PARA PROVIMENTO DE CARGOS EFETIVOS DA CARREIRA DO MAGISTÉRIO SUPERIOR					
Nome do(a) Candidato(a):					
Nº de Inscrição:		Cargo:			
Documento de Identificação:		CPF:			
Órgão Emissor:					
E-mail:		Telefone:(    ) _____ - _____			
Declaro para os fins preconizados pelo Decreto Federal nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, que regulamenta a Lei no 7.853, de 24 de outubro de 1989, e dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências, que possui a deficiência a seguir descrita, comprovada pelo <u>laudo médico, em anexo</u> .					
Descrição Sucinta da Deficiência:					
PRECISA DE ATENDIMENTO DIFERENCIADO NO(S) DIA(S) DO PROCESSO SELETIVO/CONCURSO?			<table border="1"> <tr> <td>SIM</td> <td>NÃO</td> </tr> </table>	SIM	NÃO
SIM	NÃO				
Se SIM, especifique as condições diferenciadas de que necessita para a realização da prova					
Declaro, sob as penas da lei, que as informações aqui prestadas são expressão da verdade.					
Nome do Responsável pelas Informações:					

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Candidato



**Parecer da Comissão Especial de Análise:**

Após análise, a **Comissão Especial de Análise** resolve:

Deferir

Indeferir

Dourados-MS, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Presidente da Comissão Especial de Análise

**Justificativa:**

Encaminhar a declaração assinada e digitalizada via e-mail para: [cs.concursodocente@ufgd.edu.br](mailto:cs.concursodocente@ufgd.edu.br)