**EDITAL N° 002/2018 – PPGCS**

**ANEXO IX - DECLARAÇÃO PESSOA COM DEFICIÊNCIA**

Eu,**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, CPF \_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, portador do documento de identidade \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro, para o fim específico de atender à documentação exigida e aderir ao Edital n°. **002/2018** do Processo Seletivo do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em **Ciências da Saúde** da Universidade Federal do Tocantins, em nível de Mestrado, autodeclaro-me como tendo a deficiência\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(especificar qual o nome), conforme o art. 5º da Lei 5.296 de 2 de dezembro de 2004.

Para efeito da inscrição ao processo seletivo, é obrigatória a apresentação do **original ou cópia autenticada em cartório de laudo médico com CRM.**  Emitido nos últimos dois anos, **atestando a espécie e o grau ou nível da deficiência**, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doenças (CID -10)

Por ser verdade, datamos e assinamos a presente declaração.

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

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

Assinatura do(a) Candidato(a)