

APRESENTAÇÃO DE LAUDO MÉDICO – PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Eu, _____,
Documento de Identidade Nº _____, CPF Nº _____, abaixo
identificado(a), **declaro**, nos termos da Lei Nº 12.711/2012, alterada pela Lei Nº 13.409, de 28 de
dezembro de 2016, e da Portaria Normativa MEC Nº 18/2012, alterada pela Portaria Normativa MEC Nº 9,
de 5 de maio de 2017, que estou apto a ocupar vaga destinada a pessoa com deficiência no curso de
_____ da Universidade
Federal de Ouro Preto (UFOP), para o qual fui convocado(a) para matrícula na _____ Chamada.

Declaro, ainda, que a minha deficiência é atestada pelo **laudo médico anexo**, assinado por:

Nome completo do médico especialista - CRM _____

Nome completo do médico generalista/especialista - CRM _____

Identificação da deficiência: _____,
CID Nº _____ (de acordo com o laudo médico).

Estou ciente de que o laudo médico será posteriormente submetido à avaliação por comissão designada pela Pró-Reitoria de Graduação (PROGRAD/UFOP), para fins de validação da minha matrícula. E, ainda, tenho ciência de que em caso de invalidação, minha matrícula poderá ser cancelada, a qualquer momento, nos termos do edital do processo seletivo.

Também estou ciente de que a prestação de informação falsa, apurada posteriormente à matrícula, em procedimento que me assegure o contraditório e a ampla defesa, ensejará o cancelamento de minha matrícula na Universidade, sem prejuízo das sanções penais eventualmente cabíveis.

A seguir, apresento informações sobre os recursos de acessibilidade e de tecnologia assistiva que me serão necessários no acompanhamento das atividades acadêmicas:

Identificação do(a) assinante:

Estudante convocado(a) para matrícula Procurador(a) devidamente identificado(a)

Local e Data

Assinatura