



## AUTODECLARAÇÃO – PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Eu, \_\_\_\_\_, identidade nº \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, **declaro** que estou apto(a) a ocupar vaga reservada para pessoas com deficiência em curso de graduação da Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP), em conformidade com a Lei nº 12.711/2012, em sua atual redação, como descrevo a seguir.

**IDENTIFICAÇÃO DA(S) DEFICIÊNCIA(S):** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, CID nº \_\_\_\_\_  
[de acordo com o(s) laudo(s) médico(s)]

**LIMITAÇÕES NO DESEMPENHO DE ATIVIDADES:** Quais barreiras você enfrenta na realização de atividades escolares ou acadêmicas, nas atividades diárias e/ou profissionais ou outras? [Apresente as barreiras de forma sucinta]

---

---

---

---

---

---

**ATENDIMENTOS:** Você contou com atendimento educacional especializado (AEE) ou suporte especializado para inclusão durante a educação básica (ensino fundamental e/ou ensino médio)? [Descreva de forma sucinta: o(s) tipo(s) de atendimento e os recursos de acessibilidade recebidos]

---

---

---

---

---

---

**RECURSOS DE ACESSIBILIDADE NECESSÁRIOS AO ACOMPANHAMENTO DAS ATIVIDADES ACADÊMICAS:** [Descreva o tipo de atendimento e/ou serviços a serem solicitados ao Núcleo de Acessibilidade da UFOP para sua permanência na Universidade]

---

---

---

---

---

---

[  ] Não precisarei de recursos de acessibilidade para o acompanhamento das atividades acadêmicas.

Estou ciente de que o laudo médico e os documentos comprobatórios da deficiência serão submetidos à verificação por comissão designada pela UFOP. Tenho ciência de que deverei acompanhar a(s) publicação (publicações) do resultado dos procedimentos de validação do meu ingresso como participante de vaga reservada para pessoas com deficiência, na página do Vestibular/UFOP ([www.vestibular.ufop.br](http://www.vestibular.ufop.br)).

Também declaro conhecimento de que a apresentação de documento inverídico ensejará o cancelamento da matrícula, após o devido processo legal.

Assinatura do(a) candidato(a)

Local e data