



Anexo IX

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA TROPICAL

AUTODECLARAÇÃO PARA FINS DE CONCORRER NA MODALIDADE DE RESERVA DE VAGAS PARA CANDIDATOS COM DEFICIÊNCIA

Eu, _____
_____, data de nascimento ____ / ____ / _____,
naturalidade: _____ (cidade,
estado, país), RG n. _____ data emissão
____ / ____ / _____, órgão emissor _____,
C.P.F.: _____, estado civil _____,
endereço _____

CEP _____, cidade _____,
estado: _____, telefone (s): _____
e-mail: _____

informo que possuo a(s) seguinte(s) deficiência(s)

e por esta razão, opto por concorrer na modalidade de reserva de vagas para pessoas com deficiência.

Informo a necessidade dos seguintes recursos de acessibilidade e/ou apoios para a realização das provas de seleção:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Prova em tamanho ampliado | <input type="checkbox"/> Tradutor-intérprete de Libras |
| <input type="checkbox"/> Prova em Braille | <input type="checkbox"/> Ledor |
| <input type="checkbox"/> Tempo adicional para prova | <input type="checkbox"/> Transcritor |
| <input type="checkbox"/> Outros. Qual? _____ | <input type="checkbox"/> Mobiliário acessível |

_____ de _____ de 20____.

Assinatura