Universidade Federal Fluminense

Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa

Programa Profissional Enfermagem Assistencial

https://mpea.uff.br/

## Autodeclaração vaga adicional - Pessoa com Deficiência

Eu, , abaixo assinado, de nacionalidade , nascido(a) em / / , no munícipio de , estado , filho(a) de e de , estado civil , residente e domiciliado(a) à

CEP nº , portador(a) da cédula de identidade nº , expedida em / / , órgão expedidor , CPF nº XXX.XXX.XXX-XX declaro, sob as penas da lei que sou pessoa com deficiência, conforme comprovação médica incluída na documentação exigida pelo Programa

Declaro, ainda, ter ciência de que as informações prestadas para o processo de análise da condição declarada por mim, com vistas ao ingresso pelo sistema de vaga adicional, são de minha inteira responsabilidade e quaisquer informações inverídicas prestadas implicará no indeferimento da minha solicitação e na aplicação de medidas legais cabíveis. Na hipótese de configuração de fraude em qualquer momento, inclusive posterior à matrícula, estou também ciente que posso perder o direito à vaga conquistada e a quaisquer direitos dela decorrentes, independentemente das ações legais cabíveis que a situação requerer. Por ser verdade, dato e assino.

, \_\_\_\_\_de \_\_\_ de 2025.

Local Data

Assinatura do(a) declarante