



ANEXO 2 FD - EDITAL 1/2024 DO PROCESSO SELETIVO VESTIBULAR DA UNIMONTES
FORMULÁRIO D
FORMULÁRIO DE DECLARAÇÃO DE RESERVA DE VAGAS – PESSOA COM DEFICIÊNCIA - PcD

1. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO

Nome Civil completo: _____

Nome Social (se possuir): _____

Telefone: () _____ E-mail: _____

RG: _____ CPF: _____ Data de nascimento: _____

Naturalidade/Estado: _____ Estado civil: _____

2. DECLARAÇÃO (É obrigatório assinalar as opções abaixo, para declarar ciência)

() DECLARO, em conformidade com a Lei Estadual n.º 13.465, de 12-1-2000, que sou Pessoa com Deficiência (PcD).

() DECLARO que, anexo a este formulário, consta Laudo/Atestado Médico comprobatório de minha condição e que estou ciente de que as informações nele prestadas são de minha inteira responsabilidade e que, no caso de declaração falsa, estarei sujeito às sanções previstas em lei.

() DECLARO concordar com a divulgação de minha condição de optante por RESERVA DE VAGAS, conforme Lei Estadual nº 22.570, de 5-7-2017.

() DECLARO ter ciência de que será avaliada pelo Médico Avaliador a compatibilidade da minha condição com as especificidades do curso pleiteado..

() DECLARO ter ciência do que está disposto no art. 299 do Código Penal Brasileiro e autorizo a verificação dos dados por mim apresentados.

_____, ____/____/____
Local e data

Assinatura do(a) Candidato(a)

Assinatura do(a) Responsável Legal