 

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PARANÁ – CAMPUS DE CAMPO MOURÃO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO MATEMÁTICA – NÍVEL DE MESTRADO

**AUTODECLARAÇÃO CANDIDATO/A COM DEFICIÊNCIA**

Eu, , abaixo assinado, nacionalidade

, nascido/a em / / , no município de

, Estado , residente e domiciliado/a na (rua/ avenida) , nº \_\_\_\_\_\_\_, Bairro , CEP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador/a da cédula de identidade (RG) nº , expedida em / / , e do número de CPF , declaro que sou pessoa com deficiência \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [especificar deficiência], conforme Laudo Médico anexo.

Declaro ainda, estar ciente de que, se for detectada falsidade desta declaração estarei sujeito/a às penalidades legais.

, / / 20 .



Assinatura do/a candidato/a

***ANEXAR LAUDO MÉDICO ATESTANDO A CONDIÇÃO***

***(Conforme previsto no Edital do Processo Seletivo – Turma 2025)***