



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
CEP.: 88040-900 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
e-mail :ppgn@contato.ufsc.br. - <http://www.ppgn.ufsc.br>

ANEXO 08 – AUTODECLARAÇÃO DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Tendo sido aprovado (a) e classificado (a) no Processo Seletivo para uma das vagas destinadas no termo do inciso VIII do artigo 37 da Constituição Federal e, por similitude, do § 2º do artigo 5º da Lei nº 8.112/1990;

1. () DECLARO para o fim específico de atender ao requisito inscrito, no Edital do Processo Seletivo, que sou pessoa com deficiência.
2. () DECLARO que estou ciente de que detectada a falsidade desta declaração sujeito-me às penas da lei, especialmente as consequências relacionadas ao Art. 9º da Portaria 18/2012-MEC e ao Edital deste processo seletivo.

Florianópolis, _____ de _____ de _____

Nome do Candidato: _____

Assinatura do Candidato: _____

PARECER DA COMISSÃO DE VALIDAÇÃO DA AUTODECLARAÇÃO DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA

A Comissão de validação de Autodeclaração de PESSOA COM DEFICIÊNCIA, após análise da documentação apresentada pelo(a) candidato(a), em relação às disposições do edital do processo seletivo:

() **SIM**, valida essa autodeclaração.

() **NÃO**, não valida essa autodeclaração e NÃO habilita o(a) candidato(a) para a continuidade do processo seletivo pelas ações afirmativas.

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura da Comissão: _____