



**FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO PARA SELEÇÃO E INGRESSO NO REGIME DE COTAS PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA.**

Nome: \_\_\_\_\_

Número de inscrição: \_\_\_\_\_

Declaro ser pessoa com deficiência e assumo a opção de concorrer às vagas por meio do Sistema de Cotas para pessoas com deficiência, de acordo com os critérios e procedimentos inerentes ao sistema.

Necessito de atendimento especial para realização da prova:

NÃO

SIM (*Caso seja necessário atendimento especial para realização da prova, estou ciente de que tenho que preencher formulário próprio e seguir orientações previstas no Edital.*)

As informações prestadas nesta declaração são de minha inteira responsabilidade, estando ciente das sanções penais, administrativas e civis no caso de falsidade.

Declaro estar ciente de todas as regras previstas nos Editais e Regulamento do Concurso.

Estou ciente de que a documentação comprobatória da situação informada acima deverá ser apresentada em conjunto com a documentação obrigatória conforme disposto no Edital e Regulamento.

Data

Assinatura

Reconhecer firma.