**Formulário de Pessoa com Deficiência**

(para candidatos/as cotistas com deficiência)

Eu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,abaixo assinado, de nacionalidade \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nascido(a) em \_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_,filho(a) de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e de, estado civil \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente à\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CEP nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrito(a) no CPF sob o nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e no RG nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , candidato (a) do processo seletivo regulamentado pelo edital RESIDÊNCIA CTS - FAU UnB n. 01/2024, declaro para os devidos fins, que sou pessoa com deficiência: ( ) Física / ( ) Auditiva / ( ) Visual / ( ) Mental ou Intelectual / ( ) Múltipla / ( ) Transtorno do Espectro Autista.

Certifico ainda que as informações contidas neste documento são verdadeiras e estou ciente de que qualquer declaração falsa implica na eliminação do Processo Seletivo em questão, bem como as penalidades previstas em lei, conforme previsto pelo art. 299 do Código Penal Brasileiro (Decreto Lei nº 2.848/1940).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2024.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do(a) Candidato(a)