

## DECLARAÇÃO

Nos termos das Leis nº 12.711, de 2012 e nº 13.409, de 2016; Decretos nº 7.284, de 2012 e nº 9.034, de 2017 e Portarias do MEC nº 18, de 2012 e nº 9, de 2017, que dispõem sobre a implementação da reserva de vagas em instituições federais de ensino, eu \_\_\_\_\_, candidato(a) ao Processo Seletivo UFVJM  SiSU/ MEC  Sasi  LEC  EaD Vagas não ocupadas – **grupo L10** – do \_\_\_\_\_º semestre de \_\_\_\_\_, para o curso de \_\_\_\_\_, campus de \_\_\_\_\_, **DECLARO** junto à Universidade Federal dos Vales do

Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM) que em nenhum momento cursei em escolas privadas parte do ensino médio. **DECLARO** também que minha renda familiar bruta per capita é igual ou inferior a 1,5 (um e meio) salário mínimo; comprovada por:  CadÚnico;  Relação de documentos

Na oportunidade, me **AUTODECLARO** ser \_\_\_\_\_ (completar com preto, pardo ou indígena), concorrendo a uma vaga reservada no grupo L10, nos termos do Edital UFVJM ao qual estou concorrendo e da Lei 12.711, de 2012.

**DECLARO** ainda que estou apto a ocupar vaga destinada a pessoa com deficiência no curso anteriormente mencionado da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, para o qual fui convocado(a) para matrícula na \_\_\_\_\_ª Chamada, tendo sido a minha deficiência atestada pelo laudo médico anexo, (conforme Decretos 3.298/1999, 5.296/2004 e Lei 12.764/2012, Súmula nº. 377, do Superior Tribunal de Justiça – STJ e Súmula nº 45/2009 da Advocacia Geral da União – AGU), emitido pelo médico especialista (colocar nome completo do médico) \_\_\_\_\_, CRM \_\_\_\_\_, Identificação da deficiência: \_\_\_\_\_

(colocar de acordo com o laudo médico).

Estou ciente de que o laudo médico será submetido à avaliação por comissão designada pela Reitoria da UFVJM, para fins de verificação e validação da minha matrícula na condição de pessoa com deficiência. Tenho ciência ainda de que, em caso de invalidação, minha matrícula poderá ser cancelada, a qualquer momento, nos termos do Edital do processo seletivo.

**RECURSOS DE ACESSIBILIDADE NECESSÁRIOS AO ACOMPANHAMENTO DAS ATIVIDADES ACADÊMICAS:** *Indique os recursos que você precisará na UFVJM.*

---

---

---

Não precisarei de recursos de acessibilidade para o acompanhamento das atividades acadêmicas.

Estou ciente de que posso procurar o Núcleo de Acessibilidade e Inclusão da UFVJM para apoio/acompanhamento, caso seja validada a minha matrícula, e registro a seguir, as informações sobre os recursos de acessibilidade e de tecnologia assistiva, necessários para que eu possa acompanhar as atividades acadêmicas:

Também estou ciente de que a prestação de informação falsa, apurada posteriormente à matrícula, em procedimento que me assegure o contraditório e a ampla defesa, ensejará o cancelamento de minha matrícula na Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, sem prejuízo das sanções penais eventualmente cabíveis.

Local: \_\_\_\_\_, data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

Assinatura do(a) Candidato(a)