

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA REABILITAÇÃO E DESEMPENHO FÍSICO-FUNCIONAL

Rua Eugênio do Nascimento, s/n – Bairro Dom Bosco

Juiz de Fora – MG – CEP: 36038-330 – (32) 2102-3256

E-mail: [mestrado.fisioterapia@ufjf.br](mailto:mestrado.fisioterapia@ufjf.br); Site: [www2.ufjf.br/](http://www.ufjf.br/mcreab)ppgcrdf/

**MODELO DE AUTODECLARAÇÃO PARA CANDIDATOS QUE SE DECLARAM COMO PESSOAS COM DEFICIÊNCIA**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF no. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador(a) do documento de identidade no. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro para fim específico de atender ao EDITAL DE SELEÇÃO PARA INGRESSO NO CURSO DE MESTRADO no ano de 2024, do programa de Pós-graduação em CIÊNCIAS DA REABILITALÇÃO E DESEMPENHO FÍSICO-FUNCIONAL, da Universidade Federal de Juiz de Fora, que sou pessoa portadora de deficiência, nos termos do Art. 2º. Da lei no. 13.146/2015 e do Art.4º. do Decreto no. 3.298/1999. Estou ciente de que, se for detectada falsidade desta declaração, estarei sujeito(a) a penalidades legais.

Juiz de Fora, \_\_\_\_, de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de 2024

Nome e assinatura do candidato(a)