

**EXCLUSIVO PARA CANDIDATOS DA MODALIDADE L13****Candidatos com deficiência que, independentemente da renda familiar, tenham cursado integralmente o Ensino Médio em escolas públicas brasileiras**

|                             |           |
|-----------------------------|-----------|
| Eu, _____, abaixo assinado, |           |
| CPF: _____                  | RG: _____ |
| Curso: _____                |           |

Declaro que estou ciente de estar submetido ao Projeto Pedagógico do meu Curso de ingresso e suas respectivas diretrizes e especificidades, bem como os Editais de que tratam o presente processo seletivo e as demais normativas da Universidade Federal do Espírito Santo.

Declaro que não ocupo, na condição de estudante, mais de 01 (uma) vaga em curso de graduação, simultaneamente, em instituições públicas de ensino superior em todo território nacional.

Declaro que não cursei, em tempo algum, parte ou todo o ensino médio em escola da rede privada de ensino (particular, filantrópica ou comunitária).

Declaro que sou **pessoa com deficiência\***, e estou ciente de que a apuração e a comprovação da deficiência tomarão por base laudo médico atestando a espécie e o grau de deficiência, nos termos do art. 4º do Decreto no 3.298, de 20 de dezembro de 1999, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doença – CID.

Declaro ser responsável pelas informações prestadas junto a esta Instituição, e estar ciente, conforme a Lei nº. 12.089, de 11/11/2009 e a Resolução nº 35/2012-CEPE-UFES, de que não posso apresentar documentos falsos, fornecer informações inverídicas, utilizar quaisquer meios ilícitos, cometendo crime de falsidade ideológica (previsto no art. 299 do CP), ou descumprir as normas do Edital do Processo Seletivo UFES e que, se assim for apurado, comprovadamente e a qualquer tempo, mesmo que posteriormente à matrícula, em procedimento que me assegure o contraditório e a ampla defesa, terei a matrícula cancelada na UFES, sem prejuízo das sanções penais eventualmente cabíveis.

*\*Anexar, a esta declaração, laudo expedido por profissional especialista na deficiência declarada.*

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_  
Assinatura do candidato