

ANEXO IV

MODELO DE DECLARAÇÃO PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

De acordo com os dispositivos da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, Lei Brasileira de Inclusão – Estatuto da Pessoa com Deficiência – Lei 13.146/2015 e Lei 12.764/2012.

Nome: _____

CPF: _____

RG: _____

CID (Classificação Internacional de Doenças): _____

Assinale, a seguir, o tipo de deficiência do (a/e) proponente:

- Deficiência Auditiva ()
- Deficiência Física ()
- Deficiência Visua ()
- Deficiência Intelectual ()
- Deficiência Múltipla ()
- Outra ()

Especifique / detalhe a condição da deficiência:

_____, ____ de _____ de _____
(Local e data)

Assinatura e carimbo com CRM do Profissional de
nível superior da área da saúde/Especialidade

Assinatura do/a candidato/a

