

**ANEXO E****TERMO DE AUTODECLARAÇÃO DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA**

Eu, \_\_\_\_\_  
(nome do/a candidato/a), portador da CIN/ CPF nº \_\_\_\_\_, para fins de ocupar vaga reservada, declaro ser pessoa com deficiência de natureza:

- ( ) Deficiência física
- ( ) Deficiência Visual: baixa-visão
- ( ) Deficiência Visual: ( ) cegueira ( ) Visão monocular
- ( ) Deficiência Mental/Intelectual
- ( ) Deficiências Múltiplas
- ( ) Deficiência Auditiva
- ( ) Surdez (usuário da LIBRAS)
- ( ) Transtorno do Espectro Autista (TEA)

Declaro estar ciente de que:

- 1) Esse termo está de acordo com o documento de avaliação biopsicossocial ou relatório médico devidamente anexado a essa declaração.
- 2) As informações prestadas são de minha inteira responsabilidade, podendo eu responder legalmente no caso de falsidade das referidas informações, a qualquer momento, o que acarretará a minha eliminação do processo, sem prejuízo de outras sanções cabíveis.
- 3) Se for detectada a falsidade desta declaração, estarei sujeito às penalidades legais, inclusive de eliminação desta vaga, em qualquer fase, e de anulação de minha contratação após procedimento administrativo regular, em que sejam assegurados o contraditório e a ampla defesa.

*As informações prestadas são de minha inteira responsabilidade, podendo eu responder legalmente em caso de falsidade, a qualquer tempo, o que acarretará a minha eliminação do processo, sem prejuízo de outras sanções cabíveis.*

*Se for detectada a falsidade desta declaração, estarei sujeito às penalidades legais, inclusive à eliminação da vaga, em qualquer fase, e à anulação da contratação, após procedimento administrativo regular, com garantia do contraditório e da ampla defesa.*

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_.  
(cidade/UF) (dia) (mês) (ano)

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do/a candidato/a)