



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA**  
**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE MINAS GERAIS**

**Campus Santa Luzia**  
**Diretoria de Ensino, Pesquisa e Extensão**  
**Setor de Planejamento de Ensino**  
Rua Érico Veríssimo, 317 - Bairro Londrina - CEP 33115-390 - Santa Luzia - MG  
3136343910 - www.ifmg.edu.br

**ANEXO IV**

**FORMULÁRIO DE DECLARAÇÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA**

Eu, \_\_\_\_\_ (nome completo do candidato), documento de identidade nº \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, abaixo identificado/a, declaro que estou apto/a a ocupar vaga destinada a pessoa com deficiência no edital do processo seletivo do curso de pós-graduação lato sensu em Proteção e Defesa Civil do IFMG.

Declaro, ainda, que a minha deficiência é atestada pelo laudo médico anexo, emitido por:

\_\_\_\_\_ (Nome completo do profissional)

\_\_\_\_\_ (CRM do profissional)

Identificação da deficiência: CID nº \_\_\_\_\_ (de acordo com o laudo médico).

A seguir, registro informações sobre os recursos de acessibilidade e de tecnologia assistiva que me serão necessários no acompanhamento das atividades acadêmicas:

--

Identificação do (a) assinante:

( ) Candidato

( ) Procurador(a) devidamente identificado/a

Local e data: \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do candidato

Santa Luzia, 16 de maio de 2023.