

**FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA**  
(Obrigatório para candidatos às cotas L1D, L2D, L3D, L4D A1 e PCD)

Eu, \_\_\_\_\_, portador (a) do RG nº \_\_\_\_\_  
e do CPF nº \_\_\_\_\_, fui convocado (a) para pré-matrícula na UFRB, no processo  
seletivo \_\_\_\_\_, do período letivo **202** \_\_. \_\_, na modalidade de vaga:

L1D  L2D  L3D  L4D  A1  PCD

**ESPECIFICIDADE:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Deficiência Física      | <input type="checkbox"/> Deficiência Múltipla           |
| <input type="checkbox"/> Deficiência Intelectual | <input type="checkbox"/> Deficiência Visual             |
| <input type="checkbox"/> Deficiência Auditiva    | <input type="checkbox"/> Transtorno do Espectro Autista |

Declaro ainda, serem verdadeiras as informações prestadas, e estar ciente de que a declaração inverídica, uma vez comprovada mediante procedimento institucional, implicará no cancelamento da matrícula na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB (Portaria Normativa nº 9, de 05 de Maio de 2027, do Ministério da Educação).

Declaro ainda que estou ciente de que a informação falsa poderá me submeter ao previsto no art. 299 do Código Penal Brasileiro.

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

-----  
Assinatura do(a) Declarante

**Para uso da Comissão**

Comissão de verificação da Pessoa com Deficiência	
Verificação em: ____/____/____	<input type="checkbox"/> Deferido <input type="checkbox"/> Indeferido
<p>----- Presidente da Comissão</p>	