|  |  |
| --- | --- |
| **Desenho animado para crianças  Descrição gerada automaticamente** | **MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO****SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA****INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO RIO DE JANEIRO** |
|  |  |

**EDITAL Nº 037/2021**

**PROCESSO SELETIVO PARA O PROGRAMA QUALIFICAR PARA TRANSFORMAR MULHERES FLUMINENSE - CURSOS DE QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL**

**ANEXO VI – REQUERIMENTO DE RESERVA DE VAGAS PARA CANDIDATA COM DEFICIÊNCIA (PREENCHER COM LETRA DE FORMA)**

Eu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portadora do RG nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e CPF/MF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Deseja participar da reserva de vagas destinadas a candidatas com deficiência, conforme previsto na Lei 13.409/2016?**

[ ] Sim [ ] Não

**Tipo de Deficiência:**

[ ] Física [ ] Auditiva [ ] Visual [ ] Mental [ ] Múltipla

**É necessário o envio da cópia do laudo médico, emitido nos últimos 12(doze) meses por profissional de saúde especializados na área de deficiência da candidata e desde que tais profissões sejam regulamentadas, atestando o tipo e o grau ou nível da deficiência, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Obs.: Sem a inclusão deste requerimento e cópia do atestado médico no formulário de inscrição, a candidata não concorrerá à vaga reservada à pessoa com deficiência.**

Declaro estar ciente de que, a candidata que, comprovadamente e a qualquer tempo, apresentar documentos falsos, fornecer informações inverídicas, utilizar quaisquer meios ilícitos ou descumprir as normas do Edital Nº 037/2021 do Processo Seletivo para o Programa Qualificar para Transformar Mulheres Fluminense – Curso de Qualificação Profissional, em procedimento que lhe assegure o contraditório e a ampla defesa, será desclassificada do processo seletivo, sem prejuízo das sanções penais eventualmente cabíveis. Responsabilizo-me pelas informações prestadas junto a esta Instituição.

(Município)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura da Candidata ou Representante Legal