



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO AMAZONAS

ANEXO IX

TERMO DE AUTODECLARAÇÃO - PESSOA COM DEFICIÊNCIA	
PROCESSO SELETIVO DE ESTAGIÁRIOS	
IDENTIFICAÇÃO	
Nome do(a) candidato(a):	Nº da inscrição
Filiação - nome do pai:	
Filiação - nome da mãe:	
Naturalidade:	Nacionalidade:
RG:	CPF:
Curso:	
DECLARAÇÃO	
<p>a) Declaro, sob as penas da lei, que sou PESSOA COM DEFICIÊNCIA, nos termos do Decreto Federal no 3.298/1999, em seus artigos 3º e 4º, esse último com a redação dada pelo Decreto no 5.296/2004 e pela Lei n. 13.146/2015 em seu artigo 2º e, em conformidade com a Lei 12.764/2012, a pessoa com Transtorno do Espectro Autista é considerada Pessoa com Deficiência.</p> <p>b) Declaro que minha deficiência enquadra-se no seguinte tipo:</p> <p>() Deficiência física - Qual? _____</p> <p>() Deficiência auditiva - unilateral () bilateral ()</p> <p>() Deficiência visual - cegueira () baixa visão () visão monocular ()</p> <p>() Transtorno do Espectro Autista</p> <p>() Deficiência Intelectual</p> <p>() Deficiência múltipla (Associação de duas ou mais deficiências – redação dada pelo Decreto nº 5.296/2004, art. 5º, §1º).</p> <p>c) Declaro, ainda, que as informações prestadas nesta declaração são de minha inteira responsabilidade, e estou ciente que a não comprovação da deficiência ensejará na minha eliminação da seleção e, se houver sido admitido(a), estarei sujeito a anulação da admissão, após procedimento administrativo em que sejam assegurados o contraditório e a ampla defesa, sem prejuízo de outras sanções cabíveis.</p> <p>d) Estou ciente que poderá ser realizada avaliação biopsicossocial perante o Ministério Público Federal para fins de avaliação da deficiência.</p> <p>e) Encaminho anexo laudo ou declaração médica contendo o nome legível ou carimbo, assinatura e CRM do(a) profissional que forneceu o documento.</p>	
Local e data:	Assinatura do(a) candidato(a):
Manaus/AM, ____ de _____ de 2024.	