

ANEXO VII



MINISTÉRIO PÚBLICO DA UNIÃO

TERMO DE AUTODECLARAÇÃO – PESSOA COM DEFICIÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO

Nome do candidato	Nº da inscrição
Filiação - nome do pai	
Filiação - nome da mãe	
Naturalidade	Nacionalidade
Carteira de identidade	CPF
Curso	

DECLARAÇÃO DE AUTORRECONHECIMENTO COMO NEGRO (PRETO OU PARDO)

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, que reconhece a pessoa com Transtorno do Espectro Autista como Pessoa com Deficiência.

b) Declaro que minha deficiência enquadra-se no seguinte tipo:

- ☐ Deficiência física - Qual?
- ☐ Deficiência auditiva - unilateral ☐ bilateral ☐
- ☐ Deficiência visual – cegueira ☐ baixa visão ☐ visão monocular ☐
- ☐ Transtorno do Espectro Autista
- ☐ Deficiência Intelectual
- ☐ Deficiência múltipla (Associação de duas ou mais deficiências – redação dada pelo Decreto nº 5.296/2004, art. 5º, §1º).

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 contratado(a), estarei sujeito a anulação da contratação, após procedimento administrativo em que sejam assegurados o contraditório e a ampla defesa, sem prejuízo de outras sanções cabíveis.

d) Estou ciente que poderá ser realizada avaliação biopsicossocial perante o Ministério Público Federal para fins de avaliação da deficiência.

e) Encaminho anexo laudo ou declaração médica contendo o nome legível ou carimbo, assinatura e CRM do(a) profissional que forneceu o documento.

Local e data:	Assinatura do candidato:
Aracaju, de de 2024.	