|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  Centro de Ciências Biológicas e da Saúde Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional  Rod. Washington Luís, Km.235 - CEP: 13565-905  São Carlos-SP - Tel./Fax: (16) 3351-9787 – [ppgto@ufscar.br](mailto:ppgto@ufscar.br) |  |

# AUTODECLARAÇÃO DE PERTENCIMENTO A GRUPOS RELACIONADOS À POLÍTICA DE AÇÕES AFIRMATIVAS NA PÓS-GRADUAÇÃO

À Comissão de Bolsas do Programa de Pós-graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos - UFSCar

Referente ao edital do Processo Concessão Bolsas Mestrado/Doutorado 2024

Prezados/as Senhores/as, Eu,

, portador(a) de

CPF nº , candidato(a) aprovado no processo seletivo para o ( ) Mestrado ou ( ) Doutorado, da Linha de Pesquisa

, venho declarar que pertenço ao seguinte grupo:

( ) Negro/a (preto/a ou pardo/a) ( ) Indígena

( ) Pessoa travesti, transexual ou transgenero

Local, data

Assinatura do/a candidato/a proponente

# ANEXO IV. FORMULÁRIO DE DECLARAÇÃO DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA

De acordo com a Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimentos de longo prazo, de natureza física, mental ou sensorial que, em interação com diversas barreiras, podem ter restringida sua participação plena e efetiva no contexto educativo e social (link para acesso à legislação: [http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/politicaeducespecial.pdf).](http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/politicaeducespecial.pdf))

À Comissão de Bolsas do Programa de Pós-graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos - UFSCar

Referente ao edital do Processo Concessão Bolsas Mestrado/Doutorado 2024

Prezados/as Senhores/as, Eu,

, portador(a)

de CPF nº , candidato(a) aprovado no processo seletivo para o ( ) Mestrado ou ( ) Doutorado, da Linha de Pesquisa

, venho declarar que apresento a seguinte deficiência:

.

Local, data

Assinatura do/a candidato/a proponente