

## ANEXO I

EDITAL \_\_\_\_\_ N.º \_\_\_\_ DE \_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_

### AUTODECLARAÇÃO ÉTNICO RACIAL

À Comissão Organizadora do Processo Seletivo regido pelo Edital nº \_\_\_\_/\_\_\_\_ para  
\_\_\_\_ Instituto Federal de  
Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo.

Nome do Candidato:	
Nº. de Inscrição:	Vaga Pretendida:
CPF:	RG:
E-mail:	Telefone:

Declaro que sou negro (preto ou pardo), para o fim específico de atender ao Item \_\_\_\_ do Edital \_\_\_\_\_ N.º \_\_\_\_/\_\_\_\_, bem como estou ciente de que se for detectada falsidade desta declaração, estarei sujeito às penalidades legais, inclusive de eliminação deste Processo Seletivo, em qualquer fase, e de anulação de minha matrícula caso tenha sido matriculado após procedimento regular, em que sejam assegurados o contraditório e a ampla defesa.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Candidato

**ANEXO II É DECLARAÇÃO PARA CONCORRER ÀS VAGAS RESERVADAS ÀS  
PESSOAS COM DEFICIÊNCIA**

**EDITAL \_\_\_\_\_ N.º \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_**

À Comissão Organizadora do Processo Seletivo regido pelo Edital nº \_\_\_/\_\_\_ para o curso de \_\_\_\_\_, do Câmpus \_\_\_\_\_, do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo.

Nome do Candidato:	
Nº. de Inscrição:	
CPF:	RG:
E-mail:	Telefone:

Declaro que estou ciente de todas as exigências para concorrer às vagas destinadas às Pessoas com Deficiência, bem como, estou ciente de que se for detectada incongruência ou insuficiência da condição descrita no laudo médico, conforme estabelecido na Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015, no art. 4º do Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, alterado pelo Decreto nº 5.296/04, no art. 1º da Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012 (Transtorno do Espectro Autista), concorrerei apenas às vagas referentes à ampla concorrência, e também estarei sujeito, a qualquer tempo, às medidas legais cabíveis.

Observações: em anexo entrego envelope lacrado contendo laudo médico (o laudo deverá ser original e legível, atestar a espécie e o grau ou nível da deficiência, com CID, conter o nome do médico especialista, a assinatura e CRM. Caso contrário, o laudo pode não ser considerado válido).

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Candidato