|  |  |
| --- | --- |
| *Descrição: Descrição: http://sobreisso.com/wp-content/uploads/2011/12/Unioeste.jpg*  **Centro de Ciências Médicas e Farmacêuticas (CCMF)**  **Campus de Cascavel-PR**  **Rua Universitária, 2069 – CEP 85819110 – 55 45 3220-7290** |  |

**ANEXO III - Edital n°04/2023 PCF-UNIOESTE**

**AUTODECLARAÇÃO PARA CONCORRER VAGAS PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, candidato ao Processo Seletivo para Aluno Regular do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciências Farmacêuticas da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (PCF-UNIOESTE).

Declaro que opto por concorrer na modalidade de reserva de vagas para pessoas com deficiência.

Informo que possuo a(s) seguinte(s) deficiência(s):

Estou ciente que, em caso de classificação e aprovação, deverei comprovar a deficiência relatada por meio de laudo médico e/ou biopsicossocial.

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

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

Nome e Assinatura do Candidato