**ANEXO V**

**AUTODECLARAÇÃO PARA FINS DE CONCORRER A BOLSAS DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA PARA CANDIDATAS(OS) COM DEFICIÊNCIA**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_, Naturalidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Cidade, Estado, País), RG/CNE/CIE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data de emissão:\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, Órgão Emissor:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, C.P.F.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Estado civil:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Endereço:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CEP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Cidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Telefone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, E-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ estou ciente e concordo com as regras do Edital de Seleção de Projetos do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica, Iniciação em Desenvolvimento Tecnológico e Inovação da Universidade Tiradentes nº 4/2024, e opto por concorrer como candidatas(os) com deficiência. Encaminho no ato de submissão laudo médico emitido nos últimos 6 (seis) meses, fornecido por instituição de saúde, com parecer descritivo da deficiência, nos termos do Código Internacional de Doenças (CID) e de acordo com as determinações estabelecidas pela Lei Federal nº 7853/1989 e pelos Decretos Federais nº 3298/1999 e nº 5296/2004.

Aracaju, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2024.

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

(Assinatura GOV.BR)