# Anexo I AUTODECLARAÇÃO

Eu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

participante do Processo Seletivo dos Cursos Técnicos do IFGoiano Campus Rio Verde, opto concorrer as vagas destinadas a reserva de PPIQ - Preto, Pardo, Indígena ou Quilombola, sendo que me declaro:

| ( ) Preto | ( ) Pardo | ( ) Indígena | ( ) Quilombola |
| --- | --- | --- | --- |

Declaro está ciente que esta declaração será verificada pela Comissão de Heteroidentificação do Processo Seletivo, sendo para tanto meu dever participar da entrevista de verificação, de forma online e que preciso estar com a câmera ligada, no dia e horário definido para a entrevista via email, dentro do período estipulado no cronograma do edital. Informação falsa ensejará na eliminação do candidato.



Assinatura do candidato maior de idade (conforme consta no documento de identidade).

Caso o candidato seja menor de idade, o pai ou responsável deverá assinar.

**OBS:** Lembre-se de anexar documentação comprobatória, conforme descrito neste edital

# Anexo II

# LAUDO MÉDICO

A ser encaminhado por todos aqueles que escolheram concorrer pela reserva de vaga PcD.

Todos os dados solicitados no Laudo deverão ser rigorosamente preenchidos. O não atendimento às solicitações poderá implicar em prejuízos ao candidato.

O(a) candidato(a)



portador(a) do documento de identificação n.º , CPF n.º , telefones

, candidato(a) ao Processo Seletivo, foi submetido(a), nesta data, a exame clínico, sendo identificada a existência de deficiência de conformidade com o Decreto n. 3.298, de 20/12/99 e suas alterações posteriores e na súmula nº 377-STJ, de 22/04/2009.

Assinale, a seguir, o tipo de deficiência do candidato:

| **( ) DEFICIÊNCIA FÍSICA\*** |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. ( ) Paraplegia | 6. ( ) Tetraparesia | 11. ( ) Amputação ou Ausência de Membro |
| 2. ( ) Paraparesia | 7. ( ) Triplegia | 12. ( ) Paralisia Cerebral |
| 3. ( ) Monoplegia | 8. ( ) Triparesia | 13. ( ) Membros com deformidade congênita ou adquirida |
| 4. ( ) Monoparesia | 9. ( ) Hemiplegia | 14. ( ) Ostomias |
| 5. ( ) Tetraplegia | 10. ( ) Hemiparesia | 15. ( ) Nanismo |

*\*Exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções.*

( ) DEFICIÊNCIA AUDITIVA\*: perda bilateral, parcial ou total de 41 decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma, nas frequências de 500 Hz, 1.000 Hz, 2.000 Hz e 3.000 Hz.

\* *Para os candidatos com deficiência auditiva, o laudo médico deverá vir acompanhado do original do exame de audiometria recente, realizado até 6 (seis) meses anteriores ao último dia das inscrições, acompanhado do relatório do otorrinolaringologista informando se a perda auditiva do candidato é passível de alguma melhora com uso de prótese.*

| ( ) DEFICIÊNCIA VISUAL: |
| --- |
| ( )Cegueira - acuidade visual igual ou menor que 0,05 (20/400) no melhor olho, com a melhor correção óptica. |
| ( )Baixa visão – acuidade visual entre 0,3 (20/66) e 0,05 (20/400) no melhor olho, com a melhor correção óptica. |
| ( )Campo visual – em ambos os olhos forem iguais ou menores que 60°. |
| ( )A ocorrência simultânea de quaisquer das situações anteriores. |

*Para os candidatos com deficiência visual, o Laudo Médico deverá vir acompanhado do original do exame de acuidade visual em ambos os olhos (AO), patologia e campo visual recente, realizado até 6 (seis) meses anteriores ao último dia das inscrições.*

| ( ) DEFICIÊNCIA INTELECTUAL: funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos 18 anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como: | | | |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. ( ) Comunicação | 3. ( ) Habilidades sociais | 5. ( ) Saúde e segurança | 7. ( ) Lazer |
| 2. ( ) Cuidado pessoal | 4. ( ) Utilização de recursos da comunidade | 6. ( ) Habilidades acadêmicas | 8. ( ) Trabalho |

*Para os candidatos com deficiência intelectual, o Laudo Médico deverá vir acompanhado do original do Teste de Avaliação Cognitiva (Intelectual), especificando o grau ou nível de funcionamento intelectual em relação à média, emitido por médico psiquiatra ou por psicólogo, realizado no máximo em até 6 (seis) meses anteriores ao último dia das inscrições.*

( ) DEFICIÊNCIA MÚLTIPLA: associação de duas ou mais deficiências:

( ) TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: deficiência persistente e clinicamente significativa da comunicação e da interação sociais, manifestada por deficiência marcada de comunicação verbal e não verbal usada para interação social; ausência de reciprocidade social; falência em desenvolver e manter relações apropriadas ao seu nível de desenvolvimento; padrões restritivos e repetitivos de comportamentos, interesses e atividades, manifestados por comportamentos motores ou verbais estereotipados ou por comportamentos sensoriais incomuns; excessiva aderência a rotinas e padrões de comportamento ritualizados; interesses restritos e fixos.

1. – CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID 10):



1. – DESCRIÇÃO DETALHADA DA DEFICIÊNCIA (o médico deverá descrever a espécie e o grau ou o nível da deficiência, bem como a sua provável causa, com expressa referência ao código correspondente da CID):



*\*Laudo válido apenas dos últimos seis meses da data de análise da documentação.*

, / / Local Data



Assinatura, carimbo e CRM do(a) médico(a)



Assinatura do(a) candidato

# Anexo III

**DECLARAÇÃO DE USO DE NOME SOCIAL**

Em conformidade com Decreto nº 8.727 de 28 de abril de 2016, que dispõe sobre o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis e transexuais no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional, e com a Resolução nº 032/2015 de 24 de abril de 2015 aprovada pelo Conselho Superior do IF Goiano, DECLARO que me identifico e quero ser reconhecido socialmente em consonância com minha identidade de gênero.

# NOME SOCIAL:

Nome de registro civil:

CPF: E-mail: Telefone:

RG: Data de expedição: Órgão: UF:

Data nascimento: Naturalidade: UF:

Nome da mãe:

, de de .



Assinatura

# Anexo IV

# FORMULÁRIO DE RECURSO

| **DADOS DO PROPONENTE** | |
| --- | --- |
| Nome do candidato: CPF: | |
| Curso: | |
| **Nº da inscrição:** | |
| **FUNDAMENTAÇÃO DO RECURSO** | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
| **LOCAL E DATA:** | **ASSINATURA:** |

# 

# 

# 

# 

# 

# 

# 

# Anexo V

**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

Eu, (nome aluno ou responsável)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente na Rua \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, bairro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cidade \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, UF.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, assumo inteira responsabilidade pelas informações prestadas e autenticidade das cópias dos documentos apresentados para matrícula no curso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Campus Rio Verde.

**Tenho conhecimento que: “Na hipótese de se comprovar fraude documental, em qualquer momento, posterior ou durante a matrícula, independente das ações legais cabíveis, o candidato será́ sumariamente eliminado deste Processo Seletivo e perderá, consequentemente, o direito à vaga conquistada e a quaisquer direitos dela decorrente”.**

**Declaro ter conhecimento que a falsidade implicará nas penalidades cabíveis, previstas no artigo 299\* do Código Penal e às demais cominações legais aplicáveis.**

**Declaro ainda, estar quite com a obrigação eleitoral, conforme previsto na Lei nº 4.961 de 1966, a qual estabelece que:**

**“Art. 7º O eleitor que deixar de votar e não se justificar perante o juiz eleitoral até 30 (trinta) dias após a realização da eleição, incorrerá na multa de 3 (três) a 10 (dez) por cento sobre o salário-mínimo da região, imposta pelo juiz eleitoral e cobrada na forma prevista no art. 367.**

**(Redação dada pela Lei nº 4.961, de 1966)**

**§ 1º Sem a prova de que votou na última eleição, pagou a respectiva multa ou de que se justificou devidamente, não poderá o eleitor: VI - renovar matrícula em estabelecimento de ensino oficial ou fiscalizado pelo governo;"**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_de de\_\_\_\_\_\_\_.

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

Assinatura do(a) candidato(a)

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

Assinatura do responsável (para candidato menor de 18 anos).

# 

# 

# 

**Anexo VI**

**TERMO DE USO DE IMAGEM**

1. Eu, , Carteira de Identidade , e CPF assumo plena responsabilidade pela indenização do valor real de todo e qualquer dano causado pelo beneficiário da presente MATRÍCULA, ao patrimônio deste estabelecimento, bem como, através de quota parte de danos comprovadamente causados pelo grupo a que pertencer e comprometo-me que me dedicarei às atividades programadas pela instituição, que a mim ou ao meu grupo forem afetas, aceitando todos os dispositivos do Regulamento do curso e do Regimento.

2. Autorizo o uso de minha imagem e/ou voz e/ou depoimento e/ou dados biográficos em todo e qualquer material entre fotos, documentos e outros meios de comunicação, para ser utilizada em campanhas promocionais e institucional do INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA GOIANO, bem como seus respectivos campi, sejam essas destinadas à divulgação ao público em geral e/ou apenas para uso interno desta instituição, desde que não haja desvirtuamento da sua finalidade. A presente autorização é concedida a título gratuito, abrangendo o uso da imagem acima mencionada em todo território nacional e no exterior, em todas as suas modalidades e sem limite de tempo ou número de utilizações. Por esta ser a expressão da minha vontade declaro que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem ou a qualquer outro.

3. Estou ciente de que faltar os primeiros 10 dias letivos consecutivos acarretará no desligado da instituição.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_de de\_\_\_\_\_\_\_.

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

Assinatura do(a) candidato(a)

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

Assinatura do responsável (para candidato menor de 18 anos).

**Anexo VII**

**DECLARAÇÃO DE PERTENCIMENTO ÉTNICO E DE RESIDÊNCIA (PARA ESTUDANTE QUILOMBOLA)**

As lideranças comunitárias abaixo identificadas, do Quilombo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, DECLARAM, para fins de inscrição no Processo Seletivo dos Cursos Técnicos (2024/2), que o (a) estudante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cadastrado(a) no CPF nº \_\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_, é quilombola pertencente ao Quilombo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e reside na Comunidade Quilombola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ localizada no município \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,UF\_\_\_\_\_.

Declaram ainda, que são lideranças reconhecidas da comunidade quilombola onde reside o estudante quilombola mencionado acima.

Por ser expressão da verdade, firmamos e datamos a presente declaração.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_.

Cidade-UF dia mês ano

**LIDERANÇA 1**

**Nome completo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**RG: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Assinatura : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**LIDERANÇA 2**

**Nome completo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**RG: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Assinatura : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**LIDERANÇA 3**

**Nome completo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**RG: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Assinatura : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**