**ANEXO I**

**MODELO DE DECLARAÇÃO DE COMPROVAÇÃO DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL EXERCÍCIO DE ATIVIDADE EM EMPRESA/INSTITUIÇÃO PRIVADA**

Timbre da Empresa

Nome da Empresa

CNPJ da Empresa

**DECLARAÇÃO**

Declaramos junto ao Núcleo Executivo de Processos Seletivos da Instituto Federal Goiano – CERFOR/IF GOIANO, para fins de comprovação de experiência profissional, que  ***nome completo do(a) candidato(a)*** , inscrito(a) no CPF ***999.999.999-99*** e CTPS nº ***9999999999***, Série nº ***XXXXXX***, é(foi) funcionário(a) desta Instituição, desde ***99/99/9999*** até ***99/99/9999*** (ou até a presente data), exercendo o/a cargo/função de ***xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx***, desenvolvendo as seguintes atividades: ***xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx***.

**MODELO DE DECLARAÇÃO**

, de de \_\_\_\_\_

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

*Assinatura com carimbo do(a) Responsável legal pela Empresa/Instituição/Setor de Pessoal*

**(Nome completo do(a) signatário(a) e cargo, matrícula ou CPF)**

**ATENÇÃO, CANDIDATO(A)!**

*Para fins de pontuação, esta declaração deverá vir acompanhada das cópias da CTPS, na forma do subitem 8.31, alínea “a”, do Edital.*

**ANEXO II**

**MODELO DE DECLARAÇÃO DE COMPROVAÇÃO DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL EXERCÍCIO DE ATIVIDADE EM INSTITUIÇÃO PÚBLICA**

Timbre da Empresa

Nome da Empresa

CNPJ da Empresa

**DECLARAÇÃO**

Declaramos junto ao Núcleo Executivo de Processos Seletivos da Instituto Federal Goiano – CERFOR/IF GOIANO, para fins de comprovação de experiência profissional, que  ***nome completo do(a) candidato(a)*** , inscrito(a) no CPF ***999.999.999-99*** e matrícula nº ***9999999999***, é(foi) servidor(a) desta Instituição, desde ***99/99/9999 (data da posse)*** até ***99/99/9999*** (ou até a presente data), em exercício do cargo de ***xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx***, desenvolvendo as seguintes atividades: ***xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx***.

**MODELO DE DECLARAÇÃO**

Declaro ainda que, no período especificado acima, o(a) servidor(a) não assumiu neste órgão qualquer outra função incompatível com o exercício de seu cargo, bem como não lhe foi concedido afastamento do cargo em período que comprometesse o tempo de experiência profissional especificado nesta Declaração.

, de de \_\_\_\_\_

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

*Assinatura com carimbo do(a) representante máximo(a) do órgão ou do setor de Recursos Humanos ou equivalente (Nome completo do(a) signatário(a) e cargo)*

**(Nome completo do(a) signatário(a) e cargo, matrícula ou CPF)**

**ATENÇÃO, CANDIDATO(A)!**

*É obrigatório o reconhecimento de firma em cartório do responsável pela assinatura deste documento ou documento emitido com certificação digital.*

**ANEXO III**

**MODELO DE DECLARAÇÃO DE COMPROVAÇÃO DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL**

**EXERCÍCIO DE SERVIÇO EM EMPRESA QUE O CANDIDATO É SÓCIO OU PROPRIETÁRIO**

**TOMADOR DE SERVIÇO PESSOA FISÍCA**

**DECLARAÇÃO**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome completo), inscrito no CPF \_\_\_\_\_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente em \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro junto ao – CERFOR/IF GOIANO, para fins de comprovação de experiência profissional, que \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(nome completo), inscrito(a) no CPF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, prestou(presta) serviço de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ por meio da empresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(nome da empresa que o candidato é sócio ou proprietário) desde \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ até \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (ou até a presente data), executando as seguintes atividades: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

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

Cidade/UF dia mês ano

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

Assinatura do tomador do serviço (Nome completo)

**MODELO DE DECLARAÇÃO**

**(Necessário reconhecimento de firma do signatário em cartório)**

**TOMADOR DE SERVIÇO PESSOA JURÍDICA**

Timbre da Empresa

Nome da Empresa

CNPJ da Empresa

**DECLARAÇÃO**

Declaramos junto ao Centro de Seleção do Instituto Federal Goiano – CERFOR/IF GOIANO, para fins de comprovação de experiência profissional, que \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(nome completo), inscrito(a) no CPF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, prestou(presta) serviço de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ por meio da empresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(nome da empresa que o candidato é sócio ou proprietário) desde \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_até \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (ou até a presente data), executando as seguintes atividades: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

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

Cidade/UF dia mês ano

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

Assinatura da Empresa tomadora do serviço (Nome completo do signatário e cargo)

**(Necessário reconhecimento de firma do signatário em cartório)**

**ATENÇÃO, CANDIDATO!**

Para fins de pontuação, estas declarações deverão vir acompanhadas de cópia do Contrato Social da Empresa em que o candidato é sócio ou proprietário, na forma do subitem **8.30**, alínea “**c**” do Edital.

**ANEXO IV**

**MODELO DE DECLARAÇÃO DE COMPROVAÇÃO DE EXPERIÊNCIA DE ATUAÇÃO NAS ATIVIDADES EXISTENTES NO SISTEMA UAB**

Timbre da Empresa

Nome da Empresa

CNPJ da Empresa

**DECLARAÇÃO**

Declaramos junto junto ao cerfor /IF GOIANO, para fins de comprovação de experiência profissional no Sistema UAB, que  ***nome completo do(a) candidato(a)*** , inscrito(a) no CPF ***999.999.999-99*** e matrícula nº ***9999999999***, é(foi) servidor(a) desta Instituição, desde ***99/99/9999 (data da posse)*** até ***99/99/9999*** (ou até a presente data), em exercício do cargo de ***xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx***, desenvolvendo as seguintes atividades: ***xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx***.

**MODELO DE DECLARAÇÃO**

Declaro ainda que, no período especificado acima, o(a) bolsista não assumiu neste órgão qualquer outra função incompatível com o exercício de seu cargo, bem como não lhe foi concedido afastamento do cargo em período que comprometesse o tempo de experiência profissional especificado nesta Declaração.

, de de 2025

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

*Assinatura com carimbo do(a) representante máximo(a) do órgão ou do setor de Recursos Humanos ou equivalente (Nome completo do(a) signatário(a) e cargo)*

**(Nome completo do(a) signatário(a) e cargo, matrícula ou CPF)**

**ATENÇÃO, CANDIDATO(A)!**

*É obrigatório o reconhecimento de firma em cartório do responsável pela assinatura deste documento ou documento emitido com certificação digital.*

**ANEXO V**

**AUTODECLARAÇÃO DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA (DEMANDA DE RESERVA DE VAGA)**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador(a) do RG nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, órgão expedidor/UF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_, e CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, abaixo assinado(a), **declaro**, nos termos da Lei nº 12.711/2012, alterada pela Lei nº 13.409/2016, e da Portaria Normativa MEC nº 18/2012, alterada pela Portaria Normativa MEC nº 9/2017, e pela Portaria Normativa MEC nº 1.117/2018, que sou candidato/a a ocupar vaga destinada a pessoa com deficiência (PcD) na Área de Estudo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, para o qual fui convocado/a.

**Nestes termos, estou ciente de que:**

1. Deverei acompanhar a(s) publicação(ões) de validação do meu ingresso como participante de vaga reservada para pessoa com deficiência na página do IF Goiano(www.ifgoiano.edu.br).
2. A condição médica dedeficiência é identificada como: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CID nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
3. A deficiência é atestada por laudo médico (Anexo V), que será submetido à verificação para fins de validação, de acordo com o edital do processo seletivo.
4. As informações a serem apresentadas no Formulário para a Avaliação Biopsicossocial (Anexo VI) são verídicas e dizem respeito a condição de deficiência.
5. A autodeclaração de pessoa com deficiência é uma ferramenta qualitativa para auxiliar no processo de análise de reservas de vagas, conforme a legislação vigente.
6. A prestação de informação ou de documento inverídico ensejará o cancelamento da matrícula, após o devido processo legal.

Assinante: ( ) Candidato/a convocado/a para pré-matrícula ( ) Procurador/a devidamente identificado/a

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_.

Cidade UF dia mês ano

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

Assinatura

***Atenção!*** *Os candidatos que concorrem às vagas da demanda PcD, devem entrega/enviar, no momento da Convocação, os Anexos V, VI, e VII contendo as informações da condição de deficiência.*

**ANEXO VI**

**MODELO DE LAUDO MÉDICO - PESSOA COM DEFICIÊNCIA (PcD)1**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome completo do(a) candidato(a): | | | CPF: |
|  | |  |  |
| CID: | Origem da deficiência:  ⃝ Acidente de Trabalho ⃝ Acidente comum ⃝ Congênita ⃝ Adquirida em pós-operatório ⃝ Doença | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Descrição detalhada das alterações físicas (anatômicas e funcionais), sensoriais, intelectuais e mentais: | | |
|  |  |  |
| Descrição das limitações funcionais para atividades da vida diária e social e dos apoios necessários: | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **ENQUADRAMENTO/CONDIÇÃO DA DEFICIÊNCIA, conforme** o art. 4º do Decreto Nº 3.298, de 1999, alterado pelo Decreto Nº 5.296/2004 | |
| **A - Deficiência Física** – alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de:  ⃝ paraplegia ⃝ paraparesia  ⃝ monoplegia ⃝ monoparesia  ⃝ tetraplegia ⃝ tetraparesia  ⃝ triplegia ⃝ triparesia  ⃝ hemiplegia ⃝ hemiparesia  ⃝ ostomia ⃝ amputação ou ausência de membro  ⃝ paralisia cerebral  ⃝ nanismo (altura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)  ⃝ membros com deformidade congênita ou adquirida  ⃝ outras - especificar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **D 2 - Deficiência Mental**  ⃝ Psicossocial – conforme Convenção ONU – Esquizofrenia, Transtornos psicóticos e outras limitações psicossociais que impedem a plena e efetiva participação na sociedade em igualdade de oportunidades com as demais pessoas. (Informar no campo descritivo se há outras doenças, data de início das manifestações e citar as limitações para habilidades adaptativas).  ***Obs: Anexar Laudo Médico*** |
| **E - 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:  ⃝ Comunicação  ⃝ Cuidado pessoal  ⃝ Habilidades sociais  ⃝ Utilização dos recursos da comunidade  ⃝ Saúde e segurança  ⃝ Habilidades acadêmicas  ⃝ Lazer  ⃝ Trabalho  Idade de início: \_\_\_\_\_\_\_\_  ***Obs.: Anexar Laudo Médico*** |
| **B - Deficiência Visual**  ⃝ cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;  ⃝ baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;  ⃝ somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.  ***Obs: Anexar Laudo Oftalmológico com acuidade visual pela tabela de Snellen com a melhor correção óptica ou somatório do campo visual em graus.*** |
| **C - Deficiência Auditiva**  ⃝ perda bilateral, parcial ou total, de 41 decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500HZ, 1.000HZ, 2.000Hz e 3.000Hz.  ***Obs: Anexar Audiograma*** | **F - Visão Monocular**  ⃝ conforme parecer CONJUR/MTE 444/11: cegueira legal em um olho, na qual a acuidade visual com a melhor correção óptica é igual ou menor que 0,05 (20/400) (ou cegueira declarada por oftalmologista).  ***Obs.: Anexar Laudo Oftalmológico*** |
| **D 1 - Deficiência Mental**  ⃝ Lei 12764/2012 – Espectro Autista  ***Obs: Anexar Laudo Médico*** |
| **G - Deficiência múltipla** – ⃝ associação de duas ou mais deficiências (assinalar cada uma acima) | |

|  |
| --- |
| **ENQUADRAMENTO/CONDIÇÃO DA DEFICIÊNCIA, conforme** o art. 2º da Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. |
| ⃝ Art. 2º Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas. |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cidade UF dia mês ano Assinatura e carimbo + CRM do médico

*1 Formulário modelo de laudo médico para fins de matrícula, na UFAL, por meio de reserva de vaga prevista pela Lei nº 12.711/2012, alterada pela Lei nº 13.409/2016.*

**ANEXO VII**

**FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO BIOPSICOSSOCIAL - PESSOA COM DEFICIÊNCIA (PcD)**

Este instrumento busca assegurar e promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais da pessoa com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania.

Em acordo com o art. 2º, da Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência nº. 13.146/2015, as informações prestadas neste formulário devem observar as diretrizes abaixo:

1. Ser preenchido e assinado pelo/a candidato/a.
2. Para comprovar as informações, o/a candidato/a poderá apresentar documentos comprobatórios, emitidos, assinados e carimbados por profissionais das áreas: da saúde, não médica (fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, Psicólogos, educadores físicos), da educação (psicopedagogos, pedagogos) e do serviço social (assistentes sociais), dentre outros.
3. As informações aqui apresentadas implicam no processo de análise da autodeclaração do/a candidato/a com deficiência.

Comente sobre suas experiências como pessoa com deficiência, considerando as dimensões:

**1.** ESCOLA (*trajetória escolar, acesso a material didático, avaliações, apoios e serviços, interações com a comunidade escolar*)

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

**2**. TRABALHO (*condições de acesso e permanência, apoios e serviços, interações no ambiente de trabalho*)

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

**3.** FAMÍLIA (*seu papel e participação, interações*)

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

***Continuação do ANEXO VII - FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO BIOPSICOSSOCIAL DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA***

**4.** COMUNIDADE (*acessibilidade, atividades de grupo,* *apoios e serviços, interações*)

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

**5.** RECURSOS PROFISSIONAIS E TECNOLÓGICOS (*apoios e serviços ao longo da vida nas dimensões anteriores*)

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

**6.** Caso seja aprovado/a no processo seletivo, indique que recursos profissionais e tecnológicos irá precisar:

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_.

Cidade UF dia mês ano

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

Assinatura do(a) candidato(a)

**ANEXO VIII**

**TERMO DE AUTODECLARAÇÃO DE PERTENCIMENTO ÉTNICO-RACIAL (NEGRO/A)**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador(a) do RG nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrito(a) de acordo com o critério do programa de cotas no **PROCESSO SELETIVO TUTORES 2025 – CERFOR/IF GOIANO**, declaro que concorro à reserva de vagas para negro(a0. Autodeclaro-me \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e estou ciente de que serei submetido(a) ao procedimento de verificação da condição declarada para concorrer às vagas reservadas aos(às) candidatos(as) Negros(as), Pretos(as) ou Pardos(as) (cotas), obrigatoriamente antes da homologação do resultado final da seleção. Declaro, ainda, estar ciente de que, caso haja indeferimento da autodeclaração, serei eliminado(a) do processo seletivo para cotista. Outrossim, se constatada a qualquer tempo falsidade ou irregularidade na documentação entregue no ato de matrícula quanto às informações aqui prestadas, a matrícula será cancelada em definitivo, com a perda da respectiva vaga, sem o prejuízo de outras medidas cabíveis.

/ , \_ de \_ de \_\_\_\_\_\_\_.

Cidade UF dia mês ano

\_

Assinatura do(a) candidato(a)

**ANEXO IX**

# CRONOGRAMA DO PROCESSO SELETIVO

|  |  |
| --- | --- |
| **DESCRIÇÃO** | **DATAS/PERÍODOS** |
| Divulgação do edital | 29/05 |
| Impugnação itens do edital pelo e-mail: selecao.cerfor@ifgoiano.edu.br | Das 00:00 do dia 30 às 23:59 do dia 02/06 |
| Resultado da impugnação itens do  edital, encaminhado ao interessado via e-mail. | 04/06 |
| Período das inscrições pelo sistema | Das 00:00 do dia 05/06 às 23:59 do 29/07 |
| Convocação para comparecimento nas bancas de heteroidentificação ou verificação PCD dos Polos | 06/08 |
| Bancas de Heteroidentificação ou verificação PCD | 07 e 08/08 |
| Resultado das Bancas de heteroidentificação ou verificação PCD | 12/08 |
| Recursos contra as bancas de heteroidentificação ou verificação PCD | 13/08 |
| Resultado dos recursos das bancas de heteroidentificação ou verificação PCD | 15/08 |
| Resultado preliminar | 15/08 |
| Recursos contra resultado preliminar pelo sistema, não cabe recurso contra as bancas de heteroidentificação ou verificação PCD | 18/08 entre as 00:00 e 23:59 |
| Resultado da análise de recursos, encaminhado ao interessado pelo sistema de seleção. | 21/08 |
| Resultado Final | 21/08 |
| Convocação para assumir como bolsista | 21/08 |

**ANEXO X**

**FICHA DE INSCRIÇÃO TUTOR**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DADOS PESSOAIS** | | | | | | | |
| NOME COMPLETO: | | | | IDADE: | | CPF: | |
| ENDEREÇO RESIDENCIAL: | | | | | | | NÚMERO: |
| BAIRRO: | CIDADE: | | | | | | CEP: |
| TELEFONE RESIDENCIAL E CELULAR: | | E-MAIL: | | | | | |
| CURSO DE GRADUAÇÃO: | | CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO:  1. Especialização em  2. Mestrado em  3. Doutorado em | | | | | |
| SIAPE (no caso de servidor federal): | |  | | | | | |
| **DADOS PROFISSIONAIS** | | | | | | | |
| INSTITUIÇÃO/ESCOLA/CAMPUS: | | | | | TELEFONE: | | |
| EXPERIÊNCIA NAS DIVERSAS ÁREAS QUE COMPÕEM A EDUCAÇÃO: | | | | | TEMPO (anos): | | |
| VÍNCULO A PROGRAMA COM BOLSA:  (   ) Não   (   ) Sim – Qual: | | | REGIME: (   ) 20 h   (   ) 40 h   (   ) DE   (   ) Temporário | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nome do Candidato:** |  | | |
| **ITEM** | **CRITÉRIO PONTUADO** | **PONTUAÇÃO  MÁXIMA** | **PONTUAÇÃO DECLARADA PELO CANDIDATO** |
| Doutorado em qualquer área | Diploma | 30 | **Será contabilizada somente uma titulação** |
| Mestrado em qualquer área | Diploma | 25 |
| Especialização em qualquer área | Diploma | 20 |
| Experiência de trabalho nas diversas áreas que compõe a educação básica, técnica e tecnológica | 1/ano | 10 |  |
| Experiência em tutoria | 3/ano | 30 |  |
| Outras experiências em EAD | 1/ano | 10 |  |
| Curso de Capacitação sobre EAD | 2/curso | 20 |  |
| **Total** | **100 pontos** |  | |

**ANEXO XI**

**DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA DE CUMPRIMENTO DE CARGA HORÁRIA SEMANAL SERVIDORES IF GOIANO**

Eu,  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF:   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, candidato a bolsista da modalidade de educação a distância do Sistema UAB, função \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Pós-Graduação **EDITAL CERFOR - Nº 02/2025**, declaro ESTAR CIENTE que tenho o compromisso de cumprir 20 horas semanais no local indicado pela Coordenação Geral, Adjunta ou Coordenação do Curso, que os períodos serão definidos de acordo com as necessidades específicas do curso e poderão incluir sábados e domingos, conforme **estabelecido no edital**. Enquanto servidor do IF GOIANO selecionado para exercer a função de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ estar ciente que a participação no Programa do presente Edital **não implicará na redução das atividades normalmente desempenhadas no IF GOIANO.**

Declaro ainda que, estar ciente que não haverá pagamento de valores adicionais para o desenvolvimento das atividades, tais como pagamento de diárias ou auxílio transporte.

Goiânia/GO, \_\_\_\_\_\_\_ de 2025.

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

*Assinatura do Candidato*

*Preencher o documento e assinar no SUAP*

**ANEXO XII - DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA DE CUMPRIMENTO DE CARGA HORÁRIA SEMANAL  BOLSISTA EXTERNO**

Eu,  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF:   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, candidato a bolsista da modalidade de educação a distância do Sistema UAB, função \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Pós-Graduação em Docência na EPT, declaro ESTAR CIENTE que tenho o compromisso de cumprir 20 horas semanais no local indicado pela Coordenação Geral, Adjunta ou Coordenação do Curso, que os períodos serão definidos de acordo com as necessidades específicas do curso e poderão incluir sábados e domingos, conforme **EDITAL CERFOR - Nº 02/2025**.

Declaro ainda que, estar ciente que não haverá pagamento de valores adicionais para o desenvolvimento das atividades, tais como pagamento de diárias ou auxílio transporte.

Goiânia/GO, \_\_\_\_\_\_\_ de 2025.

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

*Assinatura do Candidato com firma reconhecida*