

DECLARAÇÃO

Eu, _____,
matrícula _____, inscrito(a) no RG sob nº _____, expedido
pelo(a) _____, CPF nº _____, residente e domiciliado
na _____

_____ nº _____,
bairro _____, CEP _____,
cidade de _____, estado de _____,

DECLARO, junto ao Setor de Serviço Social da Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas (PROGEP) da
Universidade Estadual da Paraíba, _____,

inscrito (a) no RG/Certidão de Nascimento sob o nº _____ folha _____,
expedido pelo(a) _____, CPF nº _____, filho
de (pai) _____, e de (mãe)

_____, o(a) qual possui
deficiência _____ (tipo de deficiência), tonando-o incapaz para vida
independente, estando este sob a minha guarda/tutela/curatela, responsabilidade, proteção e
cuidados desde _____ de _____ de _____, para realização
de: _____

DECLARO que as informações prestadas são completas, verdadeiras e de minha inteira
responsabilidade para fins de concessão ao direito previsto na Lei Estadual nº 9.791 de 14 de junho
de 2012, e que estou ciente de que a falsidade das declarações por mim firmadas no presente
documento poderá ensejar sanções civis, e criminais (Art.299 do Código Penal Brasileiro).

Neste mesmo ato, comprometo-me e assumo a responsabilidade de comunicar a Pró-Reitoria de
Gestão de Pessoas (PROGEP), qualquer alteração referente às informações prestadas nesta
declaração e apresentar a documentação comprobatória.

Estou ciente de que poderá ser realizado contato telefônico ou via e-mail, entrevista individual,
visita domiciliar, bem como a solicitação de documentos complementares para comprovação da
situação apresentada.

Estou ciente que esta declaração tem validade de um ano.

- Anexos - () Certidão de nascimento ou RG do filho com deficiência
() Comprovante de guarda, tutela ou curatela (em casos específicos, por via judicial)
() Laudo médico homologado pela junta médica

_____, de _____ de 202 ____.

(município/UF)

Assinatura do (a) Declarante