**FORMULÁRIO DE AUTODECLARAÇÃO DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA**

Eu\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, titular do RG\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e do CPF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, solicito minha inscrição como pessoa com deficiência, tendo em vista que sou portador/a de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Deficiência Física, Deficiência Auditiva, Deficiência Visual, Deficiência Mental ou Deficiência Múltipla), CID No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

Desse modo, afirmo que pertenço aos grupos sub-representados historicamente no ensino público superior brasileiro, e por isso, beneficiários da política de cotas do Programa de Pós-Graduação em História Social da USP. Declaro, portanto, estar ciente de que ao me identificar como pessoa com deficiência estou afirmando que compartilho de condições desiguais de acesso à educação destes grupos. Declaro ainda estar ciente de que a não veracidade desta afirmação poderá acarretar, a qualquer tempo, a submissão a uma Comissão de Averiguação, com consequências em minha classificação no Edital de Ingresso para o Processo Seletivo 2023/2024 no PPGHS da USP e em minha permanência no PPGHS, de acordo com o item 1.7 do (transcrito abaixo), além da responsabilização por fraude nas esferas cível e criminal nos termos da legislação vigente.

*As/os candidatas/os optantes em qualquer das categorias da Política de Ações Afirmativas do Programa poderão ser submetidas/os a uma Comissão de Averiguação, designada pelo Programa, a qualquer momento do processo seletivo, ou, caso aprovadas/os, após o vínculo efetivado com a instituição, preservando-se o direito a recursos e regras estabelecidas pela USP.*

Data \_\_/\_\_/\_\_

NOME COMPLETO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ASSINATURA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_