 

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**

**SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA**

**INSTITUTO FEDERAL DE ALAGOAS**

**CAMPUS MURICI**

**COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO**

# CURSO DE PÓS - GRADUAÇÃO *LATO SENSU* - ESPECIALIZAÇÃO

PROCESSO DE SELEÇÃO – ESPECIALIZAÇÃO EM LINGUAGEM E PRÁTICAS SOCIAIS

EDITAL Nº 01/2021

# FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO EDITAL ESPECIAL 01/2021

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome**  |   |
| **Número do edital**  | 01/2021 seleção Especial Pós-graduação em Linguagem e Práticas Sociais  |
| **Data de Nascimento**  |   | **Cidade/UF de Nascimento**:  |   |
| **Nome do Pai**  |   |
| **Nome da Mãe**  |   |
| **Endereço**  |   | **Nº**  |   |
| **Bairro**  |   | **Cidade / UF**  |   |
| **Telefone(s) para contato**  |  |   |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CURSO**  |  | **Pós-graduação em Linguagem e Práticas Sociais**  |
| **Ano de Ingresso**  | 2021  |  |   | **Turno**  | ( x ) Matutino ( x ) Vespertino  ( ) Noturno  |

 Venho, por meio deste documento, requerer à banca de seleção da Pós-graduação em Linguagem e Práticas Sociais – *Campus* Murici, inscrição na seleção de novos alunos turma 2021.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **( )**  | **DEFERIDO**  |  |  |
|  |  |  |   |
| **( )**  | **INDEFERIDO**  | **RAZÕES DO INDEFERIMENTO**  |   |
|  |   |  |   |
|  |   |  |   |
|  |   |  |   |
|  |   |  |   |
|  |   |  |   |
|  |   |  |   |

 Nestes termos, peço deferimento.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / AL, \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2021

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

Assinatura do/a aluno/a ou responsável

 

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**

**SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA**

**INSTITUTO FEDERAL DE ALAGOAS**

**CAMPUS MURICI**

**COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO**

# CURSO DE PÓS - GRADUAÇÃO *LATO SENSU* - ESPECIALIZAÇÃO

PROCESSO DE SELEÇÃO – ESPECIALIZAÇÃO EM LINGUAGEM E PRÁTICAS SOCIAIS

EDITAL Nº 01/2021

**À Coordenação de pós-graduação em Linguagens e Práticas Sociais/ campus-Murici**

# CAPA DE CONJUNTO DE RECURSOS

|  |  |
| --- | --- |
| **NÚMERO DO EDITAL**  |   |
| **NOME DO CANDIDATO/A**  |   |
| **Nº DA IDENTIDADE**  |   |
| **Nº DO CPF**  |   |
| **Nº DE INSCRIÇÃO**  |   |
|   |   |

Murici/AL, \_\_\_\_\_\_ de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_.

 

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**

**SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA**

**INSTITUTO FEDERAL DE ALAGOAS**

**CAMPUS MURICI**

**COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO**

**CURSO DE PÓS - GRADUAÇÃO *LATO SENSU* -**

# ESPECIALIZAÇÃO

|  |  |
| --- | --- |
| **TÍTULOS**  |   |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Fundamentação do recurso:** |   |
|   |
|   |
|   |
|   |
|   |
|   |
|   |
|   |
|   |
|   |
|   |
|   |
|   |
|   |
|   |
|   |
|   |
|   |
|   |
|   |
|   |
|   |
|   |
|   |
|   |
|   |
|   |
|   |
|   |

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

Assinatura do candidato/a

**EDITAL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N.º \_\_\_ DE \_\_\_ DE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DE 20\_\_\_**

# AUTODECLARAÇÃO ÉTNICO RACIAL

À Comissão Organizadora do Processo Seletivo regido pelo Edital nº \_\_\_\_/20\_\_\_ para

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ do Instituto Federal de Alagoas /IFAL- Campus Murici.

Nome da/o Candidata/o:

Nº. de Inscrição: Vaga Pretendida:

CPF: RG:

E-mail: Telefone:

Declaro que sou \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (negra/o (preta/o ou parda/o), quilombola ou indígena), para o fim específico de atender ao Item \_\_\_\_\_ do Edital

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N.º \_\_\_/20\_\_\_, bem como estou ciente de que se for detectada falsidade desta declaração, estarei sujeita/o às penalidades legais, inclusive de eliminação deste Processo Seletivo, em qualquer fase, e de anulação de minha matrícula caso tenha sido matriculada/o após procedimento regular, em que sejam assegurados o contraditório e a ampla defesa. Assumo a opção de concorrer às vagas por meio do Sistema de Reserva de Vagas, de acordo com os critérios e procedimentos inerentes ao sistema. As informações prestadas nesta declaração são de minha inteira responsabilidade, estando ciente que poderei responder criminalmente no caso de falsidade.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_.

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

Assinatura da/o Candidata/o

**DECLARAÇÃO PARA CONCORRER ÀS VAGAS RESERVADAS ÀS**

**PESSOAS COM DEFICIÊNCIA**

EDITAL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N.º \_\_\_ DE \_\_\_ DE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DE 20\_\_\_

À Comissão Organizadora do Processo Seletivo regido pelo Edital nº \_\_\_/20\_\_\_ para o curso de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, do campus Murici, do Instituto Federal de Alagoas (IFAL).

Nome da/o Candidata/o:

Nº. de Inscrição: Vaga Pretendida:

CPF: RG:

E-mail: Telefone:

Declaro que estou ciente de todas a s exigência para concorrer às vagas destinadas às Pessoas com Deficiência, bem como, estou ciente de que se for detectada incongruência ou insuficiência da condição descrita no laudo médico, conforme estabelecido na Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015, no art. 4º do Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, alterado pelo Decreto nº 5.296/04 , no art. 1º da Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012 (Transtorno do Espectro Autista), concorrerei apenas às vagas referentes à ampla concorrência, e também estarei sujeita/o, a qualquer tempo, às medidas legais cabíveis. Observações: o laudo deverá conter o nome da/o médica/o especialista, a assinatura e CRM; caso contrário, o laudo não terá validade. Este, também, deverá ser legível, sob pena de não ser considerado válido.

 Assumo a opção de concorrer às vagas por meio do Sistema de Reserva de Vagas, de acordo com os critérios e procedimentos inerentes ao sistema. As informações prestadas nesta declaração são de minha inteira responsabilidade, estando ciente que poderei responder criminalmente no caso de falsidade.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_.

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

Assinatura do Candidato/a

# MODELO DE LAUDO MÉDICO A SER ENTREGUE POR CANDIDATOS COM DEFICIÊNCIA (NA INSCRIÇÃO, EM ENVOLOPE LACRADO)

Atesto, para os devidos fins de direito, que a/o Sra./Sr.

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

apresenta a seguinte deficiência (espécie)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, sob o Código Internacional de Doença (CID 10) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, possuindo o seguinte grau/nível de deficiência\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, apresentando o seguinte nível de autonomia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Atesto, ainda, que a deficiência da/o candidata/o acima evidenciada está de acordo com o

Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, alterado pelo Decreto nº 5.296/04, ou com o art. 1º da Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012 (Transtorno do Espectro Autista). Forneço, também, as seguintes informações complementares:

1. - Se deficiente físico ou motora, o(a) candidato(a) faz uso de órtese, prótese ou adaptações? ( ) sim ( ) não
2. - Se deficiente auditivo, anexar exame de audiometria recente (até seis meses);
3. - Se deficiente visual, anexar exame de acuidade em ambos os olhos (AO), com especificação da patologia e do campo visual; 4 - Se deficiente mental ou intelectual:
	1. data de início: \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_
	2. especificar, também, as áreas de limitação associadas e habilidades adaptativas:

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

1. - Se deficiente com deficiência múltipla:

5.1) especificar a associação de duas ou mais deficiências:

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

6. Nome da/o médica/o/Especialidade/CRM/Carimbo

OBS: O laudo precisa ter uma data de emissão não superior a 180 dias.