



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

Secretaria-Geral

| | |
|---|---|
| Cor/Raça declarada: | É portador de necessidades especiais, transtorno global do desenvolvimento ou altas habilidades/superdotação: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| <input type="checkbox"/> Amarela | Se positivo, marque o tipo abaixo: |
| <input type="checkbox"/> Branca | <input type="checkbox"/> Cegueira <input type="checkbox"/> Surdez |
| <input type="checkbox"/> Indígena | <input type="checkbox"/> Visão subnormal ou Baixa visão <input type="checkbox"/> Auditiva |
| <input type="checkbox"/> Não declarada | <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Surdo cegueira |
| <input type="checkbox"/> Não dispõe de informação | <input type="checkbox"/> Múltipla <input type="checkbox"/> Intelectual |
| <input type="checkbox"/> Parda | <input type="checkbox"/> Autismo (Transtorno global do desenvolvimento) |
| <input type="checkbox"/> Preta | <input type="checkbox"/> Síndrome de Asperger (Transtorno global do desenvolvimento) |
| | <input type="checkbox"/> Síndrome de RETT (Transtorno global do desenvolvimento) |
| | <input type="checkbox"/> Transtorno desintegrativo da infância (Transtorno global do desenvolvimento) |
| | <input type="checkbox"/> Altas habilidades/superdotação |
| | <input type="checkbox"/> Outra: _____ |

TERMO DE CIÊNCIA

DECLARO, estar ciente de que ao efetivar minha matrícula neste Curso de Graduação, da UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS – UNIMONTES estarei aceitando o cumprimento de suas normas Estatutárias e Regimentais, bem como das demais decisões dos Conselhos Superiores.

TERMO DE RESPONSABILIDADE DOCUMENTOS PENDENTES

DECLARO, estar ciente que deverei complementar minha documentação junto a Secretaria Geral, no Prazo máximo de 30(trinta) dias sob pena de ser CANCELADA minha matrícula, por não atender as exigências legais previstas no Edital do Processo Seletivo e nas normas da UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

Declaro que as informações são verdadeiras:

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura legível do requerente

Assinatura responsável pela matrícula