



## FORMULÁRIO - PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

1 - Nome do requerente:

2 - Data de nascimento:

3 - Identidade:

4 - Órgão Expedidor:

5 - CPF:

6 - Tipo de deficiência:

(  ) Deficiência física

(  ) Deficiência auditiva

(  ) Deficiência visual

(  ) Deficiência intelectual

(  ) Transtorno do Espectro Autista

(  ) Deficiência múltipla

Especificações sobre a deficiência (exemplo: para deficiência visual, informar se é cegueira, baixa visão ou visão monocular):

---

---

Precisa de atendimento diferenciado durante a realização da prova? SIM (  ) NÃO (  )

Se você respondeu SIM à pergunta anterior, quais as condições diferenciadas de que necessita para a realização da prova?

---

---

**DECLARO** que desejo me inscrever para concorrer às vagas destinadas a ações afirmativas para *pessoas com deficiência*, nos termos estabelecidos no processo de seleção para ingresso no curso de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Medicina Tropical da Fundação Oswaldo Cruz.

**DECLARO**, ainda, que as informações prestadas nesta declaração são de minha inteira responsabilidade, estando ciente de que, em caso de falsidade ideológica ou a não comprovação da deficiência, ficarei sujeito ao desligamento do curso e às sanções prescritas na legislação em vigor.

**DECLARO** concordar com a divulgação de minha condição de optante por vagas destinadas a ações afirmativas, nos documentos e listas publicadas durante o processo seletivo.

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

Assinatura Candidato (a)