

### ANEXO III – FORMULÁRIO - PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

- Nome do requerente:

- Data de nascimento:

CPF:

- Identidade:

Órgão Expedidor:

**Tipo de deficiência:**

( ) Deficiência física

( ) Deficiência intelectual

( ) Deficiência auditiva

( ) Transtorno do Espectro Autista

( ) Deficiência visual

( ) 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 entrevista?

SIM ( ) NÃO ( )

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

---

---

---

**DECLARO** que desejo me inscrever para concorrer às vagas destinadas a ações afirmativas para *peessoas com deficiência*, nos termos estabelecidos no processo de seleção para ingresso no curso de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Vigilância e Controle de Vetores do Instituto 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 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.

**Assinatura digital GOV.BR do(a) Candidato(a) brasileiro**