



ANEXO I

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 *peessoas com deficiência*, nos termos estabelecidos no processo de seleção para ingresso no curso de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Biologia Computacional e Sistemas 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)