

ANEXO III – FORMULÁRIO - PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

- Nome do requerente:

- Data de nascimento:

- Identidade:

- Órgão Expedidor:

CPF:

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 mestrado profissional 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 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)