

ANEXO 01**AUTODECLARAÇÃO PARA PESSOA COM DEFICIÊNCIA**

Nome do(a) 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 de alguma etapa do processo seletivo?

SIM NÃO

Se você respondeu **SIM** à pergunta anterior, quais as condições diferenciadas de que necessita?

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 Mestrado em Vigilância Sanitária do Programa de Pós-graduação em Vigilância Sanitária do INCQS da Fundação Oswaldo Cruz.

DECLARO 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.

Assinatura da pessoa candidata: