

ANEXO II– 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 mestrado do Programa de Pós-Graduação *Stricto sensu* em Ensino em Biociências e Saúde 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 a seleção pública.

_____, ____ de _____ de ____.
