

ANEXO 06

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____,
(nacionalidade), _____ (profissão), portador da carteira de
identidade n.º _____ expedido pelo _____, e inscrito
no CPF sob o n.º _____, residente e
domiciliado na

(rua/bairro/cidade/CEP), declaro, para os devidos fins,
que autorizo a Fundação Oswaldo Cruz, nos termos dos artigos 5º, inciso II, e 11, da Lei
n.º 13.079/2018, a utilizar os meus dados pessoais sensíveis, pura e exclusivamente para
fazer prova no processo seletivo de ingresso ao curso de Mestrado profissional no
Programa de pós-graduação em Vigilância Sanitária, comprovando a minha condição de
pessoa candidata pertencente ao grupo de ações afirmativas, sendo proibida qualquer
utilização diversa, assinando o presente termo em duas vias de igual teor.

_____, _____, _____, _____.
Cidade dia mês ano

Assinatura da pessoa candidata