

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 *pessoas com deficiência*, nos termos estabelecidos no processo de seleção para ingresso no curso de mestrado 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.

Assinatura digital GOV.BR do(a) Candidato(a) brasileiro