



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Oswaldo Cruz

ANEXO IV – FORMULÁRIO - PESSOA COM DEFICIÊNCIA

- 1) Nome do requerente:
- 2) Data de nascimento:
- 3) Identidade:
- 4) Órgão Expedidor:
- 5) CPF:

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 às ações afirmativas - Pessoas com Deficiência, nos termos estabelecidos no processo de seleção para ingresso no Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Vigilância e Controle de Vetores do IOC/Fiocruz.

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. Anexo a esta declaração o laudo médico, assinado e com o CRM do médico especialista, emitido, no máximo, nos últimos 03 (três) meses (a contar da data de publicação desta Chamada Pública de Seleção), atestando a espécie e o grau ou nível da deficiência, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

Por último, 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 2021.

Assinatura do(a) candidato(a)