**Anexo 06 :** FORMULÁRIO DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA

**FORMULÁRIO DE PESSOA 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 **( ) Mestrado, ( ) Doutorado** no programa de Pós-graduação em Biotecnologia em Saúde e Medicina Investigativa (PGBSMI), na unidade do Instituto Gonçalo Moniz 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 o processo seletivo.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura Candidato (a)