FORMULÁRIO - PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Nome do requerente:_____

Data de nascimento: _____ CPF nº: _____

Identidade nº: _____ Órgão Expedidor: _____

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 Profissional em Pesquisa Clínica**, no Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, 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.

Rio de Janeiro, _____ de_____de _____.

_____
Assinatura do(a) Candidato(a)

Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas
Avenida Brasil, nº 4.365, Manguinhos, Rio de Janeiro – CEP: 21.040-360
Tel: (21) 3865-9559 – site: https://www.ini.fiocruz.br/programa-de-pos-graduacao-stricto-sensu/