

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PESQUISA CLÍNICA EM DOENÇAS INFECCIOSAS

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 curso (☐) **Mestrado Acadêmico** (☐) **Doutorado Acadêmico** em **Pesquisa Clínica em Doenças Infecciosas**, 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)