



PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM SAÚDE PÚBLICA MODALIDADE  
ACADÊMICO

CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO - TURMA DE 2025

EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA

FORMULÁRIO - AUTODECLARAÇÃO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

1-Nome do requerente:

2-Data de nascimento:

3-Identidade:

4-Órgão Expedidor:

5-CPF:

6-Tipo de deficiência:

Deficiência física

Deficiência auditiva

Deficiência visual

Deficiência intelectual

Transtorno do Espectro Autista

Deficiência múltipla

7.Especificações sobre a deficiência (exemplo: para deficiência visual, informar se é cegueira, baixa visão ou visão monocular):

8.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  Doutorado  Especialização-lato sensu  Residência em Saúde em \_\_\_\_\_ na unidade IAM - Instituto Aggeu Magalhães 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

