

EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA – TURMA 2025
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública – Modalidade Profissional
Mestrado Profissional em Saúde Pública

ANEXO II

FORMULÁRIO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

- 1-Nome do requerente:
- 2-Data de nascimento:
- 3-Identidade:
- 4-Órgão Expedidor:
- 5-CPF:
- 6-Tipo de deficiência:
- 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 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 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.

Recife, de de 20 .

Assinatura eletrônica do(a) Candidato(a)