

**PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM SAÚDE PÚBLICA
MODALIDADE ACADÊMICO
CURSO DE DOUTORADO 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

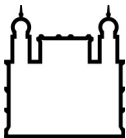
7.Especificações sobre a deficiência (exemplo: para deficiência visual, informar se é cegueira, baixa visão ou visão monocular):

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.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
Instituto Aggeu Magalhães

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 do(a) Candidato(a)