

Ministério da Saúde

FIOCRUZ  
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
Instituto Aggeu Magalhães

## PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOCÊNCIAS E BIOTECNOLOGIA EM SAÚDE CURSO DE MESTRADO-TURMA 2024.2

### ANEXO I

#### FORMULÁRIO -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?

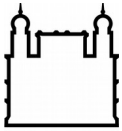
Sim  Não

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 **Mestrado em Biociências e Biotecnologia em Saúde** 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.



Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**  
Instituto Aggeu Magalhães

Recife,        de                                de 20

---

**Assinatura eletrônica do(a) Candidato(a)**