ANEXO II - FORMULÁRIO DE AUTODECLARAÇÃO PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Nome:

Data de nascimento:

Identidade:

Órgão Expedidor:

CPF:

Eu, _____, me declaro como pessoa com deficiência e desejo me inscrever para concorrer às vagas destinadas a ações afirmativas, no processo de seleção para ingresso no Curso de Atualização Profissional em Informações e Saúde Digital para o SUS, na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz.

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):

_____
_____
_____
_____

Av. Brasil, 4365– Manguinhos – Rio de Janeiro –RJ –21040-360
Tel. : (0XX21)3865 9865
E-mail: secesscolar@fiocruz.br

Precisa de atendimento diferenciado durante a realização da prova? SIM ( ) NÃO ( )

Se necessita para a realização da prova?

_____
_____
_____

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.

_____, _____de_____de _____.

Assinatura da Pessoa Candidata

Av. Brasil, 4365– Manguinhos – Rio de Janeiro –RJ –21040-360
Tel. : (0XX21)3865 9865
E-mail: secesscolar@fiocruz.br

Av. Brasil, 4365– Manguinhos – Rio de Janeiro –RJ –21040-360
Tel. : (0XX21)3865 9865
E-mail: secesscolar@fiocruz.br