**MESTRADO PROFISSIONAL EM TECNOLOGIA DE IMUNOBIOLÓGICOS**

ANEXO I – FORMULÁRIO - PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

|  |
| --- |
| 1 - Nome do requerente: ­­­­­­­­­ |
| 2 - Data de nascimento: |
| 3 – Identidade: |
| 4 - Órgão Expedidor: |
| 5 - CPF: |
| Precisa de atendimento diferenciado durante a realização da prova? SIM () NÃO (). |
| Se você respondeu SIM à pergunta anterior, descreva quais as condições diferenciadas de que necessita para a realização da prova. |

**DECLARO** que desejo me inscrever para concorrer às vagas destinadas as ações afirmativas - *Pessoas com Deficiência*, nos termos estabelecidos no processo de seleção para ingresso no Mestrado Profissional do *Programa de Pós-graduação Stricto Sensu* em Tecnologia de Imunobiológicos 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.

Anexo a esta declaração o Laudo Médico, assinado e com o CRM do médico especialista, emitido, no máximo, nos últimos 03 (três) meses (a contar da data de publicação desta Chamada Pública), atestando a espécie e o grau ou nível da deficiência, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

**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.

Rio de Janeiro, Clique aqui para inserir uma data..

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Candidato