

ANEXO II

FORMULÁRIO - PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Nome do requerente:

CPF:

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):

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 *peessoas com deficiência*, nos termos estabelecidos no processo de seleção para ingresso no Mestrado Profissional em Políticas Públicas em Saúde da Fiocruz – Brasília.

DECLARO, ainda, que as informações prestadas nesta declaração são de minha inteira responsabilidade, estando ciente de que, em caso de falsidade ideológica ou de não comprovação da deficiência, ficarei sujeito(a) 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.

Brasília, ____ de _____ de 2026.

Assinatura da pessoa candidata