ANEXO II - FORMULÁRIO DE AUTODECLARAÇÃO PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

1. Nome civil:
2. Nome social, se houver:
3. Data de nascimento:
4. Identidade:
5. Órgão expedidor:
6. CPF:
7. Tipo de deficiência:

( ) Deficiência física
( ) Deficiência auditiva
( ) Deficiência visual
( ) Deficiência intelectual
( ) Transtorno do Espectro Autista
( ) Deficiência múltipla
( ) Outras deficiências

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

_____
_____
_____

9. Precisa de atendimento diferenciado no processo de seleção? SIM ( ) NÃO ( )

Se você respondeu SIM à pergunta anterior, quais as condições diferenciadas de que necessita para a participação no processo seletivo?

_____
_____
_____

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 Especialização em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do SUS – Especialização EpiSUS, 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(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.

_____, _____ de _____ de 2026.

_____
Assinatura da pessoa candidata