



Programa de Pós-graduação em Saúde da Família

Formulário para os Candidatos às Vagas destinadas às Ações Afirmativas - Pessoa 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 de alguma etapa? SIM () NÃO ()
Se você respondeu SIM à pergunta anterior, quais as condições diferenciadas de que necessita para a realização da etapa no processo seletivo?

DECLARO que desejo me inscrever para concorrer às vagas destinadas às ações afirmativas para pessoas com deficiência, nos termos estabelecidos no processo de seleção para ingresso no Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – MPSF/PPGSF.

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 eliminação do processo seletivo/desligamento do curso e às sanções prescritas na legislação em vigor.

ANEXO a esta declaração o laudo médico, assinado e com o registro CRM do médico emitente, no máximo, nos últimos 06 (seis) meses, que antecede a publicação desta Chamada de Seleção Pública, atestando a espécie e o grau ou nível da deficiência, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

Por último, DECLARO concordar com a divulgação de minha condição de optante por vagas destinadas às ações afirmativas - pessoa com deficiência nos documentos e listas publicadas durante o processo seletivo.

Local/Data: _____, ____ de _____ de 2025.

Assinatura