



ANEXO II FORMULÁRIO - PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

1 - Nome do requerente:

2 - Data de nascimento:

3 – CPF:

4 – Identidade:

5 - Órgão Expedidor:

Precisa de atendimento diferenciado durante a realização do Processo Seletivo?

SIM NÃO

Se você respondeu SIM a pergunta anterior, quais as condições diferenciadas de que necessita para a realização da prova?

DECLARO que desejo me inscrever para concorrer às vagas destinada as ações afirmativas - Pessoas com Deficiência, nos termos estabelecidos no processo de seleção para ingresso na Especialização em Divulgação e Popularização da Ciência -COC, 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 Edital), 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,

Assinatura Candidato