

**ANEXO IX – INSTRUÇÕES PARA OS (AS) CANDIDATOS (AS) A VAGAS DE COTAS – FIOCRUZ**

**AUTODECLARAÇÃO PARA PESSOAS NEGRAS**

Nome:

Data de nascimento:

Identidade:

Órgão Expedidor:

CPF:

Eu, \_\_\_\_\_, me autodeclaro ser pessoa preta ( ) parda ( ) e desejo concorrer às vagas destinadas às ações afirmativas para pessoas negras, nos termos estabelecidos no processo de seleção para ingresso no Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família – MPSE/ PROFSAUDE, no pólo \_\_\_\_\_ da Fundação Oswaldo Cruz. Declaro, ainda, que as informações aqui prestadas são de minha inteira responsabilidade, estando ciente de que, em caso de declaração falsa, poderei ter como consequência o meu desligamento do processo seletivo e sanções prescritas na legislação em vigor. Concordo 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 \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura Candidato (a)

## AUTODECLARAÇÃO PARA INDÍGENAS

Nome:

Data de nascimento:

Identidade:

Órgão Expedidor:

CPF:

Me declaro como Indígena e desejo me inscrever para concorrer às vagas destinadas a ações afirmativas, nos termos estabelecidos no processo de seleção para ingresso no Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família – MPSF/ PROFSAUDE, no pólo \_\_\_\_\_ 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 processo seletivo e às sanções prescritas na legislação em vigor. Concordo com a divulgação de minha condição de optante por vagas destinadas.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura Candidato (a)

## PESSOAS 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

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 pessoas com deficiência, nos termos estabelecidos no processo de seleção para ingresso no Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família – MPSF/ PROFSAUDE, no pólo \_\_\_\_\_ 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.

**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 \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_

Assinatura Candidato (a)