



APÊNDICE D – DECLARAÇÃO PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Nome do candidato	
Cor/raça	() branca; () preta; () parda; () amarela; () indígena
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 às ações afirmativas – Pessoa com Deficiência, nos termos estabelecidos neste Edital de seleção para ingresso no curso de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Amazonas, Seleção 2021.

DECLARO, ainda, que as informações prestadas nesta declaração são de minha inteira responsabilidade, estando ciente de que, em caso de falsidade ideológica ou não comprovação da deficiência, ficarei sujeito ao desligamento do curso e às sanções prescritas na legislação em vigor.

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

E, para comprovação e cumprimento do exigido na chamada pública, envio em anexo a esta DECLARAÇÃO o Laudo Médico, assinado por médico especialista na deficiência apresentada, com CRM, emitido nos últimos 03 (três) meses, atestando a espécie e o grau, ou nível da deficiência, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

Local/Data: _____, _____ de _____ 2021.

Assinatura do Candidato