**Anexo IV**

**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

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

**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 antecedem 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 2024.