



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE ICICT/FIOCRUZ

CHAMADA PARA SELEÇÃO PÚBLICA 2024

CURSO DE DOUTORADO

ERRATA

Na página 18, Anexo 2, no item 6, Tipo de deficiência:

Onde se lê:

“Precisa de atendimento diferenciado durante a realização da prova on-line de inglês?”

Leia-se:

Precisa de atendimento diferenciado durante a realização da prova presencial de inglês? Precisar de atendimento especial para a Arguição?

Secretaria Acadêmica ICICT

Anexo 2

Formulário De Autodeclaração Pessoas Com Deficiência

1. Nome do ou da requerente:

2. Data de nascimento:

3. Identidade:

4. Órgão Expedidor:

5. CPF:

6. Tipo de deficiência:

- Deficiência física Deficiência visual
 Deficiência auditiva Transtorno do Espectro Autista
 Deficiência intelectual 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 presencial de inglês?

Precisará de atendimento especial para a Arguição?

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 *peças com deficiência*, nos termos estabelecidos no processo de seleção para ingresso no Mestrado em Informação e Comunicação em Saúde do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde 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 nas listas publicadas durante o processo seletivo.

Preencher (Cidade), (dia) de (mês) de (ano).

Assinatura Candidato ou Candidata