

INSTITUTO GONÇALO MONIZ – IGM | FIOCRUZ BAHIA
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA - SESAB
EDITAL Nº 01 / 2025

ANEXO VIII – FORMULÁRIO DE AUTODECLARAÇÃO PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Nome:

Data de nascimento:

Identidade:

Órgão Expedidor:

CPF:

Tipo de deficiência:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Deficiência física | <input type="checkbox"/> Deficiência auditiva | <input type="checkbox"/> Deficiência visual |
| <input type="checkbox"/> Deficiência intelectual | <input type="checkbox"/> Transtorno do Espectro Autista | <input type="checkbox"/> Deficiência múltipla |

Especificações sobre a deficiência (exemplo: para deficiência visual, informar se é cegueira, baixa visão ou visão monocular): _____

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 Especialização em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do Sistema Único de Saúde - Episus Intermediário**, ofertado pelo Instituto Gonçalo Moniz 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.

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 DO(A) CANDIDATO(A)