DECLARAÇÃO PESSOA COM DEFICIÊNCIA (PCD)

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 em Doenças Tropicais e Infecciosas do Programa de Pós-Graduação em Medicina Tropical da Universidade do Estado do Amazonas em convênio com a Fundação de Medicina Tropical Dr. Heitor Vieira Dourado, ano acadêmico 2025.

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.

Manaus, ...de.....de 2024.

_____

Assinatura do Candidato