ANEXO II

AUTODECLARAÇÃO PARTICIPANTE DE VAGA DE COTA: PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Nome do(a) candidato(a):

_____

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 no edital de seleção nº 018/2025 – GR/UEA para ingresso no Programa de Residência em:

( ) Enfermagem em Oncologia
( ) Enfermagem Perioperatória
( ) Multiprofissional em Saúde Indígena
( ) Multiprofissional em Saúde da Família com ênfase nas Populações de Campos, Florestas e Águas

da Universidade do Estado do Amazonas, Turma 2025-2027.

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.
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, devo apresentar estou ciente de que, se aprovado(a) for, poderei ser convocado para Avaliação Médica Oficial, realizada pela junta médica do Estado do Amazonas que atestará de forma terminativa sobre meu enquadramento como Pessoa com Deficiência, nos termos do artigo 5º do Decreto Federal nº 9.508/2018 e suas alterações, e sobre a compatibilidade da minha deficiência com o exercício das atividades de residente no Programa ao qual estou candidato.
Finalmente, DECLARO estar ciente que compatibilidade entre as atribuições do cargo e a deficiência que apresento também será avaliada durante o período da residência.

Manaus, ...de.....de 2025.

_____
Assinatura do(a) Candidato(a)

Para comprovação e cumprimento do exigido neste Edital, envio em anexo o laudo médico ou corresponde de acordo com o item 5.9 deste edital