

ANEXO 2 – FORMULÁRIO PESSOA COM DEFICIÊNCIA

NOME COMPLETO: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

IDENTIDADE: _____

ORGÃO EXPEDIDOR: _____

CPF: _____

TIPO DE DEFICIÊNCIA:

- () deficiência física () deficiência auditiva () deficiência visual () deficiência intelectual
() transtorno do espectro autista () deficiência múltipla

Especificar sobre a deficiência (exemplo: para deficiência auditiva especificar se unilateral ou bilateral e o grau da deficiência)

Precisa de atendimento diferenciado durante a realização da prova?

- () SIM () NÃO

Em caso de necessidade de atendimento diferenciado favor especificar abaixo as condições de que necessita para realizar a prova.

DECLARO, para fins de atendimento as exigências do processo seletivo para ingresso no programa de residência médica do Hospital Adventista Silvestre, nos termos da legislação em vigor, que desejo me inscrever para concorrer as vagas destinadas a pessoas com deficiência

DECLARO, ainda, que as informações prestadas nesta declaração são de minha inteira responsabilidade, estando ciente de que, em caso de falsidade ideológica, 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 listas publicadas durante o processo seletivo.

DECLARO estar ciente de que há necessidade de enviar laudo médico (original ou cópia autenticada), emitido nos últimos 03 (três) meses, por médico especialista na deficiência apresentada, atestando a espécie e o grau, ou nível da deficiência, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), bem como a provável causa da deficiência.

LOCAL: _____

DATA: __/__/____

Assinatura do candidato