**ANEXO V**

**DECLARAÇÃO – OPTANTE DE VAGA DE COTA – PESSOA COM DEFICIÊNCIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome do candidato |  | | |
| Precisa de atendimento diferenciado durante a realização da prova? | |  | SIM |
|  | NÃO |
| Se você respondeu SIM à pergunta anterior, NO CASO DE SER CLASSIFICADO, quais as condições diferenciadas de que necessita para a PARTICIPAR DO CURSO | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |

DECLARO que desejo me inscrever para concorrer às vagas destinadas às cotas, como ações afirmativas – Pessoa com Deficiência, nos termos estabelecidos nesta Chamada Pública do processo de seleção para ingresso no Curso de Especialização em Saúde Pública.

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.

E, para comprovação e cumprimento do exigido na chamada pública, envio em anexo a esta DECLARAÇÃO o Laudo Médico, assinado por médico especialista na deficiência apresentada, com CRM, emitido nos últimos 03 (três) meses, atestando a espécie e o grau, ou nível da deficiência, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

Manaus, ........de.............................de 2021

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Candidato