

## ANEXO III – MODELO DE DECLARAÇÃO PARA VAGAS AFIRMATIVAS



## FORMULÁRIO DE AUTODECLARAÇÃO

1. Nome do requerente:  
2. Data de nascimento:  
3. Telefone:  
4. E-mail:  
5. Identidade:  
6. CPF: Órgão expedidor:

**DECLARO** que sou cidadão(ã) afrodescendente ou indígena descendente, nos termos da legislação em vigor, identificando-me como (  ) **preto** (  ) **pardo** (  ) **indígena** e desejo me inscrever para concorrer às vagas destinadas a ações afirmativas, nos termos estabelecidos no processo de seleção para ingresso no Curso de Especialização Técnica de Nível Médio em Mamografia, da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

**DECLARO**, ainda, que as informações prestadas nesta autodeclaração são de minha inteira responsabilidade, estando ciente de que, em caso de falsidade ideológica, ficarei sujeito a desclassificação do processo seletivo para o 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.

Rio de Janeiro, 10 de outubro de 2026.

Assinatura do(a) Candidato(a)

No caso de indígena, será possível apresentar, de forma opcional, documentos complementares que reforcem a sua declaração.

**FORMULÁRIO – PESSOAS COM DEFICIÊNCIA**

1. Nome do requerente:

2. Data de nascimento:

3. Telefone:

4. E-mail:

5. Identidade:

Órgão Expedidor:

6. CPF:

7. Tipo de deficiência:

- (  ) Deficiência física  
(  ) Deficiência auditiva  
(  ) Deficiência visual  
(  ) Deficiência intelectual  
(  ) Transtorno do Espectro Autista  
(  ) Deficiência múltipla

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

---

---

---

Especifique as necessidades adaptativas do curso a partir da sua deficiência:

---

---

---

**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 Desenvolvimento Profissional em Educação Infantil, da Creche Fiocruz, em parceria com a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio - 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.

**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.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2026.

---

Assinatura do(a) Candidato(a)