**FORMULÁRIO DE AUTODECLARAÇÃO PARA O PROCESSO SELETIVO DO PROGRAMA DE POS-GRADUAÇÃO TERAPIA OCUPACIONAL EPROCESSOS DE INCLUSÃO SOCIAL DA FMUSP - 2024**

Eu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RG\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro, para o fim específico de atender ao item 1.1.1 do Edital de Seleção - 2024 para ingresso no Programa de Pós-Graduação TERAPIA OCUPACIONAL E PROCESSOS DE INCLUSÃO SOCIAL da Universidade de São Paulo, que estou apta(o) a concorrer à vaga destinada a candidata(o) autodeclarada(o):

( ) preto/a.

( ) pardo/a.

( ) indígena.

( ) pessoa com deficiência, de acordo com a Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência.

( ) quilombola.

( ) migrante por razões humanitárias.

( ) apátrida.

( ) solicitante de refúgio.

( ) refugiado/a.

( ) transidentitário/a (travestis, transexuais e transgêneres).

( ) idoso/a, conforme Estatuto de Idoso.

Estou ciente de que se for detectada falsidade na declaração, estarei sujeito às penalidades previstas em lei.

Na condição de pessoa com deficiência, solicito os seguintes recursos de acessibilidade necessários à minha participação no processo seletivo:

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

Local e Data:

Assinatura:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_