

ANEXO SEI Nº 26594582/2025 - HMSJ.DMED.ASR

ANEXO VI

MODELO DE AUTODECLARAÇÃO DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA (PcD)

Eu, _____, portador(a) da carteira de identidade (RG) nº _____, CPF nº _____, inscrito/a no Processo Seletivo do Programa de Residência Médica do Hospital Municipal São José para o ano **2025**, com início no **1º período letivo de 2026**, declaro, para fins de inscrição, que concorro à reserva de vagas para **PESSOAS COM DEFICIÊNCIA (PcD)**. Informo que possuo diploma de curso superior e que minha deficiência é _____, CID _____, atestada pelo/a médico/a _____, CRM _____. Esta condição, em interação com diferentes barreiras, resulta nas seguintes limitações para atividades relacionadas à residência médica:

Declaro ainda estar ciente que:

I - A documentação será submetida à comissão de avaliação desta instituição, para verificar a compatibilidade entre as competências indispensáveis para aproveitamento do curso e a deficiência informada.

II - A qualquer momento, se constatada a falsidade ou a irregularidade na documentação apresentada ou nas informações fornecidas, serei eliminado(a) do processo seletivo para cotista.

III - Caso tal irregularidade seja no ato da matrícula, esta será cancelada definitivamente, resultando na perda da vaga, sem o prejuízo de outras medidas cabíveis.

IV - A presente declaração e o laudo por mim apresentados serão avaliados pela Banca Examinadora.

Joinville, _____ de _____ de 20_____.

Assinatura do/a candidato/a