**FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO PARA VAGAS DIRECIONADAS ÀS AÇÕES AFIRMATIVAS PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA**

Segundo a Lei [nº 13.146, de 6 de julho de 2015](http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/lei%2013.146-2015?OpenDocument), considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas. Sendo assim, são elegíveis para o direito ao usufruto dessa modalidade de reserva de vagas no Mestrado Profissional do Par as(os) candidatas(os) com alguma das deficiências listadas adiante.

Desta forma, eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador(a) do RG \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, solicito minha inscrição para as Vagas Direcionadas a Ações Afirmativas do Processo de Seleção da Turma 2026 do Mestrado Profissional em Análise do Comportamento Aplicada do Par. Para tanto, eu declaro que sou uma pessoa com deficiência conforme especificado abaixo com um **X**:

( ) **Deficiência Física** (alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções);

( ) **Deficiência Visual** (acuidade visual igual ou menor que 20/200 (tabela de Snellen) no melhor olho, após a melhor correção, ou campo visual inferior a 20°, ou ocorrência simultânea de ambas as situações; cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; visão monocular; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores);

( ) **Deficiência Auditiva** (perda bilateral, parcial ou total, de 41 decibéis - dB - ou mais, aferida por audiograma nas freqüências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz);

( ) **Deficiência mental** (funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos de idade e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como: comunicação; cuidado pessoal; habilidades sociais; utilização dos recursos da comunidade; saúde e segurança; habilidades acadêmicas; lazer; e trabalho);

( ) **Deficiência múltipla** (associação de duas ou mais deficiências);

( ) **Transtorno do Espectro do Autismo** (TEA)

**IMPORTANTE:** Para pleitear Vaga de Ação Afirmativa, para esta modalidade de reserva de vagas, é necessário apresentar, laudo médico original (ou cópia autenticada) atestando a espécie e o grau da deficiência, nos termos do art. 4° do Decreto n° 3.298, de 20 de dezembro de 1999, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doença (CID), conforme recomenda a Portaria no 09 de 2017 do Ministério da Educação, contendo a(s) assinatura(s) e o(s) carimbo(s) do(s) profissional(is) especializado(s) com o número de registro no(s) respectivo(s) conselho(s). O laudo médico comprobatório deverá ser enviado junto a este formulário para o e-mail: secretaria@institutopar.org. Pessoas com distúrbios de acuidade visual passíveis de correção de forma já estabelecida, tais como miopia, astigmatismo, estrabismo e congêneres não são consideradas pelo Edital No 1/2025 como elegíveis para esta modalidade de vaga de Ação Afirmativa.

\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_.

NOME: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ASSINATURA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_