

ANEXO 04**TERMO DE CONSENTIMENTO**

Eu, _____, _____ (nacionalidade),
_____ (profissão), portador da carteira de identidade n.º
_____ expedido pelo _____, e inscrito no CPF sob
o n.º _____, residente e domiciliado na

_____ (rua/bairro/cidade/CEP), declaro, para os devidos
fins, que autorizo a Fundação Oswaldo Cruz, nos termos dos artigos 5º, inciso II, e 11, da
Lei n.º 13.079/2018, a utilizar os meus dados pessoais sensíveis, pura e exclusivamente
para fazer prova no processo seletivo de ingresso ao curso de Mestrado acadêmico no
Programa de pós-graduação em Vigilância Sanitária, comprovando a minha condição de
pessoa candidata pertencente ao grupo de ações afirmativas, sendo proibida qualquer
utilização diversa, assinando o presente termo em duas vias de igual teor.

_____, _____, _____, _____.
Cidade dia mês ano

Assinatura da pessoa candidata