**A white background with black dots

Description automatically generatedA white background with black dots

Description automatically generated**

**DELEGAÇÃO PROVINCIAL DA CIDADE DE MAPUTO**

FORMULÁRIO DE IGUALDADE DE OPORTUNIDADES

As informações partilhadas neste formulário serão utilizadas apenas para monitorizar e melhorar as nossas políticas de igualdade de oportunidades e para avaliar e fornecer o apoio adequado.

**Este formulário será mantido separado do seu formulário de inscrição e não estará disponível para os painéis de revisão e/ou pré-seleção.** Ninguém que esteja considerar se candidatar para essas bolsas terá acesso a essas informações.

Por favor, marque a opção “Informações Recusadas” se não desejar divulgar informações específicas em cada secção. Quaisquer secções deixadas incompletas serão consideradas como ‘Prefiro não responder ”.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOME COMPLETO** (Nome e sobrenome/nomes de família conforme inseridos em seu formulário de inscrição e passaporte) | | |
| Clique ou toque aqui para inserir texto. | | |
| **IDADE** | | |
| Data de Nascimento (Formato: DD/MM/AAAA):  Idade no momento da aplicação: | Clique ou toque aqui para inserir texto.  Clique ou toque aqui para inserir texto. | |
| **NACIONALIDADE** | | |
| Primeira nacionalidade | Clique ou toque aqui para inserir texto. | |
| Segunda nacionalidade, se aplicável | Clique ou toque aqui para inserir texto. | |
| **GÊNERO** | | |
| ☐ Masculino (01)  ☐ Feminino (02)  ☐ Não binário (03)  ☐ Outra descrição preferencial (04)  ☐ Prefiro não dizer (98) | | |
| **IDENTIDADE DE GÊNERO** | | |
| A sua identidade de gênero atual é igual ao gênero originalmente atribuído no nascimento? | | |
| ☐ Sim (01)  ☐ Não (02)  ☐ Prefiro não dizer (98) | | |
| **ORIENTAÇÃO SEXUAL** | | |
| ☐ Bissexual (01)  ☐ Homem gay (02)  ☐ Mulher gay/lésbica (03) | ☐ Heterossexual (04)  ☐ Outro (05)  ☐ Prefiro não dizer (98) | |
| **ORIGEM ÉTNICA** | | |
| ☐ Branco (10)  ☐ Viajante Irlandês (14)  ☐ Cigano ou Viajante (15)  ☐ Negro ou Negro Britânico - Caribenho (21)  ☐ Negro ou Negro Britânico - Africano (22)  ☐ Outro fundo preto (29)  ☐ Asiático ou Asiático Britânico - Indiano (31)  ☐ Asiático ou Asiático Britânico - Paquistanês (32)  ☐ Asiático ou Asiático Britânico - Bangladesh (33)  ☐ Chinês (34) | | ☐ Outras origens asiáticas (39)  ☐ Misto – Caribenho Branco e Negro (41)  ☐ Misto – Africano Branco e Negro (42)  ☐ Misto – Branco e Asiático (43)  ☐ Outros antecedentes mistos (49)  ☐ Árabe (50)  ☐ Outra origem étnica (80)  ☐ Desconhecido (90)  ☐ Prefiro não dizer (98) |
| **RELIGIÃO** | | |
| ☐ Sem religião (01)  ☐ Budista (02)  ☐ Cristão (03)  ☐ Hindu (10)  ☐ Judeu (11) | | ☐ Muçulmano (12)  ☐ Sikh (13)  ☐ Espiritual (14)  ☐ Qualquer outra religião ou crença (80)  ☐ Prefiro não dizer (98) |
| Se considera deficiente ou tem algum problema de saúde de longa duração que afeta sua capacidade de realizar actividades normais do dia a dia? | | |
| ☐ Sim (01)  ☐ Não (02)  ☐ Prefiro não responder (98) | | |
| Se respondeu SIM acima, marque uma das opções a seguir que se apliquem | | |
| ☐ Duas ou mais deficiências e/ou condições médicas incapacitantes (8)  ☐ Uma dificuldade de aprendizagem específica, como dislexia, dispraxia ou AD(H)D (51)  ☐ Uma deficiência social/de comunicação, como síndrome de Asperger/outro transtorno do espectro autista (53)  ☐ Uma doença ou problema de saúde de longa duração, como câncer, HIV, diabetes, doença cardíaca crônica ou epilepsia (54)  ☐ Uma condição de saúde mental, como depressão, esquizofrenia ou transtorno de ansiedade (55) | | ☐ Deficiência física ou problemas de mobilidade, como dificuldade para usar os braços ou usar cadeira de rodas ou muletas (56)  ☐ Surdo ou com deficiência auditiva grave (57)  ☐ Cego ou deficiência visual grave não corrigida por óculos (58)  ☐ Uma deficiência, deficiência ou condição médica não listada neste formulário (96)  ☐ Prefiro não dizer (98) |

|  |  |
| --- | --- |
| **AMPLIANDO OS DADOS DE PARTICIPAÇÃO** | |
| Um ou mais dos seus pais frequentaram o Ensino Superior? | ☐ Sim (01)  ☐ Não (02)  ☐ Prefiro não dizer (98) |
| É um cuidador?  (Cuidar de uma criança, de um pai ou de outra pessoa) | ☐ Sim (01)  ☐ Não (02)  ☐ Prefiro não dizer (98) |
| Se respondeu SIM acima, marque uma das opções a seguir que se apliquem | |
| ☐ Cuidador principal de uma criança ou crianças (menores de 18 anos) (01)  ☐ Cuidador principal de uma criança ou crianças deficientes ou com problemas de saúde ou doença, ou necessidades de cuidados temporários (menores de 18 anos) (02)  ☐ Cuidador principal ou assistente de adulto ou adultos com deficiência (18 anos ou mais) (03) | ☐ Cuidador primário ou assistente de pessoa ou pessoas idosas (65 anos ou mais) (04)  ☐ Cuidador secundário (Outra pessoa desempenha a função de cuidador principal) (05)  ☐ Prefiro não dizer (98) |

Por favor, anexe este formulário com os outros documentos exisgidos no para aplicação no programa SOFAR.