****

**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.