



**Pessoa Autodeclarada Preta, Parda, Indígena ou Quilombola**

OBS. 1- No caso de pessoa indígena, recomenda-se, como forma de ampliação da verificação do pertencimento ao povo indígena, a apresentação de documento complementar: Declaração Pertencimento Étnico-racial Indígena, assinada por 2 (duas) lideranças locais.

2- No caso de pessoa quilombola, recomenda-se, como forma de ampliação da verificação do pertencimento ao Quilombo, a apresentação de documento complementar: Declaração Pertencimento Étnico-racial Quilombola, assinada por 3 (três) lideranças locais.

1) Nome do requerente:

2) Data de nascimento:

3) Identidade:

4) Órgão Expedidor:

5) CPF:

DECLARO que desejo me inscrever para concorrer às vagas destinadas às ações afirmativas, autodeclarando-me como pessoa ( ) preta ou ( ) parda ou ( ) indígena ou ( ) quilombola, nos termos estabelecidos no processo de seleção para ingresso no Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PPGSF/RENASF.

DECLARO, que as informações prestadas nesta autodeclaração são de minha inteira responsabilidade, estando ciente de que, em caso de declaração falsa, ficarei sujeito à eliminação do processo seletivo/desligamento do curso e às sanções prescritas na legislação em vigor.

Por último, DECLARO concordar com a divulgação de minha condição de optante por vagas destinadas às ações afirmativas - pessoa autodeclarada preta, parda, indígena ou quilombola nos documentos e listas publicadas durante o processo seletivo.

Local: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2025.

Assinatura