



Programa de Pós-graduação em Saúde da Família

Formulário para os Candidatos às Vagas destinadas às Ações Afirmativas – Autodeclaração de Pessoa Trans

OBS: A declaração das pessoas com identidades trans será feita por meio de carta do(a) beneficiário(a) do Programa com relato de sua trajetória (identificação) e da apresentação de, pelo menos um, dos seguintes documentos: 1. Documento comprobatório de retificação da identificação; e 2. Documento comprobatório de inclusão do nome social no cadastro de pessoa física (CPF).

1. Nome:
2. Nome social (caso não tenha, preencher com “não se aplica”):
3. Data de nascimento:
4. Carteira de Identidade (RG):
5. Órgão Expedidor:
6. CPF:

DECLARO que desejo me inscrever para concorrer às vagas destinadas às ações afirmativas, autodeclarando-me como pessoa trans nos termos estabelecidos no processo de seleção para ingresso no Doutorado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – DPSF/PPGSF.

DECLARO que as informações prestadas nesta autodeclaração são de minha inteira responsabilidade, estando ciente de que se for detectada falsidade na declaração, estarei sujeito às penalidades previstas em lei.

DECLARO, ainda, concordar com a divulgação de minha condição de optante por vagas destinadas às ações afirmativas - pessoa autodeclarada trans nos documentos e listas publicadas durante o processo seletivo.

Local/Data: _____, ____ de _____ de 2025.

Assinatura do Candidato