



Programa de Pós-graduação em Saúde da Família

Formulário para os Candidatos às Vagas destinadas às Ações Afirmativas - Pessoa Autodeclarada Preta, Parda, Indígena ou Quilombola

OBS. No caso de pessoa indígena ou quilombola, este formulário deve ser acompanhado da seguinte documentação: cópia do registro administrativo de nascimento ou declaração de pertencimento emitida por 3 lideranças indígenas 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 povos/comunidades tradicionais () indígena ou () povos/comunidades tradicionais quilombola, nos termos estabelecidos no processo de seleção para ingresso no Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – MPSF/PPGSF.

DECLARO, que as informações prestadas nesta autodeclaração são de minha inteira responsabilidade, estando ciente de que, em caso de declaração falsa, ficarei sujeito a 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 ou indígena, nos documentos e listas publicadas durante o processo seletivo.

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

Assinatura do Candidato