

ANEXO VII AUTODECLARAÇÃO PARA PESSOAS TRANSGÊNEROS

Eu, _____ Data de Nascimento: / /
Naturalidade: _____ (cidade, estado, país) RG nº: _____
Data emissão: / / Órgão Emissor: _____ C.P.F nº _____
Estado civil: _____ Endereço: _____ CEP nº _____
Cidade: _____ Estado: _____ Telefone () _____
fixo: () _____ Celular: () _____

Email: _____, estou ciente e concordo com as regras estabelecidos no processo de seleção para ingresso na turma temática de Avaliação de Tecnologia em Saúde (ATS) do Mestrado Profissional em Políticas Públicas em Saúde (MPPPS) da Escola de Governo Fiocruz Brasília (EGF-Brasília). Por esta razão, opto por concorrer na modalidade do sistema de ação afirmativa para pessoas transgênero.

DECLARO, ainda, que as informações prestadas nesta autodeclaração são de minha inteira responsabilidade, estando ciente de que, em caso de falsidade ideológica, ficarei sujeito ao desligamento do curso e às sanções prescritas na legislação em vigor.

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

_____, de _____ de 2024.

Assinatura Candidato(a)



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Brasília

