



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

IOC
Instituto Oswaldo Cruz

FORMULÁRIO - AUTODECLARAÇÃO

1- Nome do requerente:

2- Data de nascimento:

3- Identidade:

4- Órgão Expedidor:

5- CPF:

DECLARO que sou cidadão(ã) afrodescendente ou indígena descendente, nos termos da legislação em vigor, identificando-me como () **preto** () **pardo** () **indígena** e desejo me inscrever para concorrer às vagas destinadas a ações afirmativas, nos termos estabelecidos no provesso de seleção para ingresso no curso de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Medicina Tropical da Fundação Oswaldo Cruz.

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 _____.

Assinatura do Candidato(a)