



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE
JOAQUIM VENÂNCIO

ANEXO III

Formulário Autodeclaração

1 - Nome do(a) requerente:

2 - Data de nascimento:

3 – Identidade:

4 - Órgão Expedidor:

5 - CPF:

Eu, _____, me autodeclaro ser pessoa preta () parda () ou () indígena e desejo concorrer às vagas destinadas às ações afirmativas para pessoas negras ou indígenas, nos termos estabelecidos no processo de seleção para ingresso no Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Educação Profissional em Saúde 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(a) 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.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____.

Assinatura Candidato(a)

No caso de indígena, deve acompanhar este formulário a seguinte documentação: cópia do Registro Administrativo de Nascimento de Indígenas (RANI) ou declaração de pertencimento emitida pelo grupo indígena assinada por liderança local.