



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Oswaldo Cruz

ANEXO V – FORMULÁRIO DE AUTODECLARAÇÃO

OBS. No caso de indígena, deve acompanhar este formulário a seguinte documentação: cópia do registro administrativo de nascimento e óbito de índios (RANI) ou declaração de pertencimento emitida pelo grupo indígena, assinada por liderança local.

- 1 - Nome do requerente:
- 2 - Data de nascimento:
- 3 - Identidade:
- 4 - Órgão Expedidor:
- 5 - CPF:

DECLARO que sou cidadão(ã) afrodescendente ou descendente de indígena, nos termos da legislação em vigor, identificando-me como () preto ou () pardo ou () indígena e que desejo me inscrever para concorrer, no processo de seleção do Programa de Pós-graduação em Vigilância e Controle de Vetores do IOC/Fiocruz, às vagas destinadas às ações afirmativas pessoa autodeclarada negra (preta ou parda) ou indígena - nos termos estabelecidos pela Portaria 1433/2017-PR da Presidência 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.

Por último, 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 2021.

Assinatura do(a) candidato(a)