FORMULÁRIO - AUTODECLARAÇÃO

Nome do requerente: _____

Data de nascimento: _____

CPF nº: _____

Identidade nº: _____

Órgão Expedidor: _____

Declaro nos termos da legislação em vigor, que me identificando como pessoa:

( ) Negra (Preto/Pardo)

( ) Quilombola

( ) Indígena

( ) Trans/Travesti

Desejo me inscrever para concorrer às vagas destinadas a ações afirmativas, nos termos estabelecidos no processo de seleção para ingresso no **Mestrado Profissional em Pesquisa Clínica**, no Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, 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

Rio de Janeiro, _____ de_____de _____.

_____

Assinatura do(a) Candidato(a)

Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas
Avenida Brasil, nº 4.365, Manguinhos, Rio de Janeiro – CEP: 21.040-360
Tel: (21) 3865-9559 – site: https://www.ini.fiocruz.br/programa-de-pos-graduacao-stricto-sensu/