

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PESQUISA CLÍNICA EM DOENÇAS INFECCIOSAS

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 curso ☐ **Mestrado Acadêmico** ☐ **Doutorado Acadêmico** em **Pesquisa Clínica em Doenças Infecciosas**, 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)