

ANEXO AÇÕES AFIRMATIVAS

FORMULÁRIO DE AUTODECLARAÇÃO DE CANDIDADO(A) OPTANTE PELAS VAGAS PREVISTAS POR INDUÇÃO DE AÇÕES AFIRMATIVAS NO PROFSAÚDE/UNIR

Eu, _____, portador(a) da Cédula de
Identidade (RG) sob nº

_____, Órgão Expedidor _____, e do CPF sob nº
_____, residente à Rua/Av.

_____, nº
_____, Bairro _____ município

_____, de, estado de Rondônia, em atendimento ao Edital 01/PROFSAÚDE/2023, tratando do processo seletivo para ingresso no Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família – Turma 2024, **DECLARO que sou:**

PESSOA COM DEFICIÊNCIA

PRETO(A)

PARDO(A)

INDÍGENA

DECLARO ainda ciência ao cumprimento da Portaria Normativa MEC n. 13, de 11 de maio de 2016, e da Resolução n. 561/CONSEA, de 19 de dezembro de 2018.

Outrossim, DECLARO, estar ciente de que as informações que estou prestando são de minha inteira responsabilidade e que, no caso de declaração falsa, estarei sujeito às sanções previstas em lei, aplicando-se, ainda, o disposto no parágrafo único do art. 10 do Decreto nº 83.936, de 6 de setembro de 1979 e às demais cominações legais aplicáveis*. Declaro concordar com a divulgação de minha condição de optante por Ação Afirmativa, conforme Lei nº 12.711, de 29 de agosto de 2012, nos relatórios resultantes do Processo Seletivo Unificado.

, de de 2023.

Assinatura do(a) Candidato(a)