

## **Orientação aos (as) candidatos (as) às vagas de Ações Afirmativas**

Os (as) candidatos (as) que optarem pelas vagas destinadas às ações afirmativas: pessoas negras (pretas e pardas), quilombolas, indígenas, pessoas com deficiência (PcD) e pessoas transgêneros (transexuais, travestis ou pessoas não-binárias) cujas universidades disponibilizarem vagas **em conformidade com a Recomendação do Mestrado Profissional em Saúde da Família- PROFSAÚDE, de 05 de outubro de 2023**, deverão preencher o formulário respectivo à sua autodeclaração, e enviar online juntamente com os demais documentos obrigatórios do edital (item 6.10), **NO ATO DA INSCRIÇÃO.**

Autodeclaração participante de vaga de cota negro/a (preto/a ou pardo/a), indígena ou quilombola

Nome do (a) candidato(a): \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF n°: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_\_

DECLARO nos termos da legislação em vigor que me autodeclaro como [ ] preto/a [ ] pardo/a [ ] indígena ou [ ] quilombola e desejo me inscrever para concorrer às vagas destinadas às ações afirmativas, nos termos estabelecidos neste Edital de seleção para ingresso no curso de mestrado Profissional em Saúde da Família – MPSF/ PROFSAÚDE da Universidade

DECLARO, ainda, que as informações prestadas nesta declaração 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.

Finalmente, DECLARO concordar com a divulgação de minha condição de optante por vagas destinadas às ações afirmativas, nos documentos e listas publicadas durante o processo seletivo.

Local, .....de.....de 20.....

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) Candidato(a)

**No caso de indígena:** Para comprovação e cumprimento do exigido neste Edital, envio em anexo a esta DECLARAÇÃO [ ] cópia do registro administrativo de nascimento de índios (RANI); OU [ ] declaração de pertencimento emitida pelo grupo indígena assinada por liderança local. Caso essa liderança possua algum vínculo com alguma entidade representativa da comunidade, essa situação deverá ser identificada na declaração, mediante a indicação do nome e aposição do carimbo do CNPJ da entidade a qual representa.

**No caso de quilombola:** Para comprovação e cumprimento do exigido neste Edital, envio em anexo a esta DECLARAÇÃO [ ] declaração de pertencimento emitida pelo grupo quilombola assinada por liderança local. Caso essa liderança possua algum vínculo com alguma entidade representativa da comunidade, essa situação deverá ser identificada na declaração, mediante a indicação do nome e aposição do carimbo do CNPJ da entidade a qual representa.  
Autodeclaração participante de vaga de cota pessoas com deficiência (PcD)

## **PESSOAS COM DEFICIÊNCIA**

1 - Nome do (a) requerente:

2 - Data de nascimento:

3 – Identidade/ Órgão Expedidor:

5 - CPF:

6 - Tipo de deficiência:

( ) Deficiência física ( ) Deficiência auditiva ( ) Deficiência visual ( ) Deficiência intelectual

( ) Transtorno do Espectro Autista ( ) Deficiência múltipla

Especificações sobre a deficiência (exemplo: para deficiência visual, informar se é cegueira, baixa visão ou visão monocular):

---

---

Precisa de atendimento diferenciado durante a realização da prova? SIM ( ) NÃO ( )

Se você respondeu SIM à pergunta anterior, quais as condições diferenciadas de que necessita para a realização da prova?

---

---

DECLARO que desejo me inscrever para concorrer às vagas destinadas a ações afirmativas para pessoas com deficiência (PcD) nos termos estabelecidos no processo de seleção para ingresso no Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família – MPSF/ PROFSAUDE da Universidade

DECLARO, ainda, que as informações prestadas nesta declaração são de minha inteira responsabilidade, estando ciente de que, em caso de falsidade ideológica ou a não comprovação da deficiência, 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.

Local, .....de.....de 20.....

---

Assinatura do (a) Candidato (a)

Autodeclaração participante de vaga de cota pessoas transgêneros (transexuais, travestis ou pessoas não-binárias)

1 - Nome:

1.1 - Nome social:

2 - Data de nascimento:

3 - Identidade:

4 - Órgão Expedidor:

5 - CPF:

DECLARO que sou cidadão (ã) trans nos termos da legislação em vigor, identificando-me como:  
( ) transexual ( ) travesti ( ) pessoa não-binária

DECLARO que desejo me inscrever para concorrer às vagas destinadas a ações afirmativas para pessoas trans (transexual, travesti ou pessoa não-binária), nos termos estabelecidos no processo de seleção para ingresso no Mestrado Profissional em Saúde da Família PROFSAUDE/MPSF da Universidade \_\_\_\_\_

DECLARO, ainda, que as informações prestadas nesta declaração 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.

Local, .....de.....de 20.....

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) Candidato (a)

