**ANEXO II**

**FORMULÁRIO – AUTODECLARAÇÃO**

1 - Nome do requerente:

2 - Data de nascimento:

3 – Identidade:

4 - Órgão Expedidor:

5 - CPF:

**DECLARO** que sou cidadão (ã) afrodescendente ou indígena descendente, nos termos da legislação em vigor, identificando-me como ( ) **preto** ( ) **pardo** ou ( ) **indígena** e desejo me inscrever para concorrer às vagas destinadas às ações afirmativas, nos termos estabelecidos no processo de seleção para ingresso no *Programa de Pós-graduação Stricto Sensu* em Ciências da Saúde do Instituto René Rachouda 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.

Belo Horizonte, \_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura Candidato

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.