1. IDENTIFICAÇÃO DO(A) CANDIDATO(A)

Nome completo: _____

CPF: _____ RG: _____ UF: _____

Data de nascimento:_____

Declaro, sob as penas da lei, que todas as informações prestadas neste formulário são verdadeiras, assumindo inteira responsabilidade pelo seu conteúdo, para fins de matrícula, permanência e/ou regularização acadêmica junto ao **Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE/UERN**.

Estou ciente de que a prestação de informações falsas caracteriza crime previsto no art. 299 do Código Penal (falsidade ideológica) e poderá resultar no indeferimento da matrícula, cancelamento do vínculo acadêmico junto ao PROFSAÚDE/UERN ou outras sanções cabíveis, após regular procedimento administrativo que assegure o contraditório e a ampla defesa

Local e data: _____, _____ / _____ / _____

Assinatura do(a) candidato(a): _____

Observação: Este formulário consolida as exigências documentais relativas às políticas de ações afirmativas no âmbito do PROFSAÚDE/UERN, devendo ser utilizado em conformidade com o edital do processo seletivo, o regimento do programa e as normas institucionais da UERN.

2. AUTODECLARAÇÃO – AÇÕES AFIRMATIVAS

Declaro, para os devidos fins, no âmbito do **Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE/UERN**, que me enquadro na **Categoria de Ações Afirmativas**, conforme previsto no edital e nas normativas institucionais vigentes, declarando-me pertencente à subcategoria:

( ) Preto(a)

( ) Pardo(a)

( ) Indígena

( ) quilombolas

( ) ciganos

3. DECLARAÇÃO DE ETNIA E DE VÍNCULO COM COMUNIDADE INDÍGENA

(Exigida exclusivamente para candidatos(as) do PROFSAÚDE/UERN que se autodeclaram indígenas)

(Preenchimento obrigatório apenas para candidatos(as) indígenas)

Declaro, para fins de ocupação de vaga destinada a candidato(a) indígena, que pertence à etnia:

_____

Nome da Comunidade/Localidade: _____

Endereço: _____

Município: _____ Estado: _____

( ) Apresento o Registro Administrativo de Nascimento de Índio – RANI (FUNAI)

OU

( ) Apresento, abaixo, a assinatura de 3 (três) lideranças indígenas distintas:

Liderança Indígena 1

Nome legível: _____

CPF: _____ Assinatura: _____

Liderança Indígena 2

Nome legível: _____

CPF: _____ Assinatura: _____

Liderança Indígena 3

Nome legível: _____

CPF: _____ Assinatura: _____

4. AUTODECLARAÇÃO DE PERTENCIMENTO ÉTNICO QUILOMBOLA

(Exigida exclusivamente para candidatos(as) do PROFSAÚDE/UERN que se auto declarem quilombolas) (Preenchimento obrigatório apenas para candidatos(as) quilombolas)

Eu, _____, abaixo assinado(a), portador do CPF:_____, Identidade: _____ Órgão Expedidor _____, residente e domiciliado (a) no endereço: _____.

DECLARO, na qualidade de líder da Comunidade Quilombola _____, localizada no município de _____ no estado _____, CEP: _____,

nos termos do art. 2º Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003, para fins de emissão de registro no Cadastro Nacional da Agricultura Familiar (CAF) que o(a) Sr.(a)_____, portador(a) do RG nº_____ Órgão Expedidor _____, CPF nº _____, residente e domiciliado(a) no endereço: _____
é QUILOMBOLA e pertence à nossa Comunidade, mantendo laços familiares, econômicos, sociais e culturais com nossa comunidade.

DECLARAMOS para todos os fins de direito e sob as penas da Lei, serem verdadeiras as informações prestadas nesta Declaração, ciente de que a prestação de informação falsa e/ou apresentação de documento falso poderá incorrer nas penas de crime previstas nos artigos 297, 298 e 299 do Código Penal - Decreto Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940, além da inativação do documento emitido, acaso configurada a prestação de informação falsa, apurada posteriormente à emissão do documento, em procedimento que assegure a ampla defesa e o contraditório, de acordo com o art. 54 da Portaria SAF/MAPA nº 242, de 08 de novembro de 2021 (Diário Oficial da União, Seção I. Pág. 5), da Secretaria de Agricultura Familiar e Cooperativismo do Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento.

Por ser expressão da verdade, datamos e assinamos esta declaração.

Membro da Comunidade Quilombola

Nome legível: _____

CPF: _____ Assinatura: _____

líder da Comunidade Quilombola

Nome legível: _____

CPF: _____ Assinatura: _____

Telefônico: (__) _____

5. DECLARAÇÃO COLETIVA DE PERTENCIMENTO ÉTNICO – PESSOA CIGANA

(Exigida exclusivamente para candidatos(as) do PROFSAÚDE/UERN que se auto declarem ciganos) (Preenchimento obrigatório apenas para candidatos(as) ciganos)

Declaramos para o devido fim específico de atender à documentação exigida pelo Edital do PROFSAÚDE, que _____ é reconhecida como pessoa CIGANA, pertencente à Comunidade Cigana _____, localizada no município de _____ UF: _____.

Nos comprometemos a comprovar tal condição perante a **Universidade do Estado do Rio Grande do Norte**, quando solicitada, no que se refere à reserva de vagas deste Edital. Declaramos também que as informações prestadas são de nossa responsabilidade, estando ciente de que, em caso de falsidade ideológica, estarei sujeita às penalidades previstas no Código Penal Brasileiro, bem como a classificação e premiação será tornada sem efeito. Esta declaração tem validade apenas para o processo seletivo acima indicado.

(Local e data) _____, _____de _____de 2024.

Apresento, abaixo, a assinatura de 3 (três) lideranças ciganas distintas:

Liderança Cigana 1

Nome legível: _____

CPF: _____ Assinatura: _____

Telefônico: (__) _____

Liderança Cigana 2

Nome legível: _____

CPF: _____ Assinatura: _____

Telefônico: (__) _____

Liderança Cigana 3

Nome legível: _____

CPF: _____ Assinatura: _____

Telefônico: (__) _____

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 do Estado do Rio Grande do Norte**.

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)