**AUTODECLARAÇÃO ÉTNICO-RACIAL**

Eu\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador do RG nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

declaro para fins específico de atendimento ao Processo Seletivo do Programa de Pós-Graduação em Medicina Tropical e Saúde Pública, da Universidade Federal de Goiás, que sou: \_\_ preto, \_\_ pardo, \_\_ indígena\*. Declaro, também, estar ciente de que, se for comprovada falsidade desta declaração, a minha classificação será tornada sem efeito, além do que estarei sujeito às penalidades previstas no Código Penal Brasileiro.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_.

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

Assinatura do candidato

**Processo Seletivo**: nível \_\_ Mestrado ou \_\_ Doutorado

**Área de Concentração**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*Segundo a Resolução CONSUNI Nº 07/2015, no caso de candidato autodeclarado indígena, é obrigatória a apresentação de cópia do registro administrativo de nascimento e óbito de índios (RANI) ou declaração de pertencimento emitida pelo grupo indígena assinada por liderança local.