



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA TROPICAL E SAÚDE PÚBLICA**

TERMO DE 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.

Goiânia, ____ de _____ de _____.

Assinatura do candidato

Processo Seletivo nível: ____ Mestrado ____ 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.