



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
INSTITUTO DE PATOLOGIA TROPICAL E SAÚDE PÚBLICA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA



## TERMO DE AUTODECLARAÇÃO ÉTNICO-RACIAL

Eu, \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, portador do documento de identidade \_\_\_\_\_, declaro, para o fim específico de atender à documentação exigida pela Resolução CONSUNI 07/2015 e aderir ao Edital do Processo Seletivo do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em \_\_\_\_\_ da Universidade Federal de Goiás, em nível de \_\_\_\_\_ (Mestrado/Doutorado), me autodeclaro:

preto

pardo

indígena

Declaro, também, estar ciente de que a prestação de informação falsa, apurada posteriormente ao ingresso no Programa, em procedimento que me assegure o contraditório e ampla defesa, ensejará o cancelamento de minha matrícula na Universidade Federal de Goiás, sem prejuízo das sanções penais eventualmente cabíveis.

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

---

Assinatura do Candidato

Para atender ao disposto no parágrafo único do Art. 2º da Resolução CONSUNI Nº 7, de 24 de abril de 2015, no caso de indígena, deve ser apresentado, no ato da matrícula no curso, cópia do registro administrativo de nascimento e óbito de índios (RANI) **OU** declaração de pertencimento emitida pelo grupo indígena assinada por liderança local.