



UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
INSTITUTO BIOMÉDICO
DEPARTAMENTO DE FISIOLOGIA E FARMACOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS BIOMÉDICAS

Autodeclaração de Cota Racial - Indígena

Eu civilmente registrado(a) como, _____, de nacionalidade _____, nascido(a) em ____/____/____, no município de _____, estado _____, filho(a) de _____ e _____ de _____, estado civil _____, residente e domiciliado(a) 1 à _____ CEP nº _____, portador(a) RG (ou RANI) _____, expedida em ____/____/____, órgão expedidor _____, CPF nº _____ me identifico como indígena e informo a seguir o(s) critério(s) utilizado(s) para me autodeclarar indígena.

- () Etnia ou povo a que pertenço. Especifique: _____
- () Origem familiar/antepassados. Especifique: _____
- () Outros. Especifique: _____

Declaro, ainda, ter ciência de que as informações prestadas para o processo de análise da condição declarada por mim, com vistas ao ingresso pelo sistema de vaga adicional, são de minha inteira responsabilidade e quaisquer informações inverídicas prestadas implicará no indeferimento da minha solicitação e na aplicação de medidas legais cabíveis. Na hipótese de configuração de fraude em qualquer momento, inclusive posterior à matrícula, estou também ciente que posso perder o direito à vaga conquistada e a quaisquer direitos dela decorrentes, independentemente das ações legais cabíveis que a situação requerer.

Por ser verdade, dato e assino.

_____, _____ de _____ de 20__

Assinatura do Candidato