AUTODECLARAÇÃO

Eu, _____,
nacionalidade: _____,
estado civil: _____**,**
nascido(a) em __/__/____, portador(a) do RG nº _____ e CPF nº _____, residente e domiciliado(a) à _____ _____, venho, por meio deste documento, apresentar minha **autodeclaração para fins de ações afirmativas**, conforme portaria GM/MS Nº 5.801, de 28 de novembro de 2024. A autodeclaração deve coincidir com a opção de ação afirmativa escolhida no momento da inscrição para este processo seletivo, sob o risco de indeferimento durante a análise da documentação de ação afirmativa caso seja identificada alguma divergência.

Declaro que me enquadro na(s) seguinte(s) condição(ões), conforme item(s) assinalado(s) abaixo:

☐ **Pessoa Negra (Preta ou Parda)**
Declaro, sob as penas da lei, que me autodeclaro pessoa negra (preta ou parda), conforme classificação adotada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), para o fim específico de atender ao item deste Edital de Processo Seletivo.
Estou ciente de que esta autodeclaração **poderá ser submetida à verificação por Banca de Heteroidentificação**, conforme normativas institucionais.

☐ **Pessoa Indígena**
Declaro, sob as penas da lei, que pertenço a povo ou comunidade indígena.
Anexo a este documento:
( ) Cópia do meu Registro Administrativo de Nascimento e Óbito de Índios – RANI;
ou
( ) Declaração de pertencimento emitida e assinada por liderança legítima do meu povo ou comunidade indígena.

☐ **Pessoa Quilombola**
Declaro, sob as penas da lei, que pertenço a comunidade remanescente de quilombo.
Anexo a este documento:
( ) Declaração de pertencimento emitida e assinada por liderança ou associação representativa da comunidade quilombola;
ou

( ) Certificado de reconhecimento do território quilombola emitido pela Fundação Cultural Palmares – FCP.

☐ **Pessoa com Deficiência (PcD)**
Declaro, sob as penas da lei, que sou pessoa com deficiência, conforme definição da Lei nº 13.146/2015.
Anexo a este documento:

- **Laudo Médico**, original ou cópia autenticada, emitido por médico especialista na deficiência apresentada, contendo:
  - Espécie e grau da deficiência;
  - Nível de comprometimento ou suporte necessário;
  - Código correspondente da Classificação Internacional de Doenças – CID-10.

☐ **Pessoa Trans (Travesti, Transexual ou Transgênera)**
Declaro, sob as penas da lei, que sou pessoa trans (travesti, transexual ou transgênera).
Estou ciente de que esta autodeclaração **poderá ser verificada por Banca de Heteroidentificação**, conforme regulamentação da instituição.

Declaro estar ciente de que a falsidade das informações aqui prestadas poderá acarretar a exclusão do processo seletivo sem prejuízo das sanções civis, penais e administrativas cabíveis.

Porto Alegre, _____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) Declarante

Anexos (quando aplicáveis):

- RANI ou Declaração de pertencimento indígena
- Declaração/Certificado de pertencimento quilombola
- Laudo médico e formulário PcD