

DECLARAÇÃO ÉTNICO-COMUNITÁRIA INDÍGENA

Nós, abaixo assinados, na qualidade de lideranças da [Nome da Comunidade Indígena], pertencente ao povo [Nome do Povo Indígena], localizada no município de [Nome do Município], estado de [Nome do Estado], declaramos, para os devidos fins, que [Nome do(a) Candidato(a)], portador(a) do documento de identidade nº [Número do RG] e CPF nº [Número do CPF], é membro reconhecido(a) desta comunidade.

A presente declaração é emitida a pedido do(a) interessado(a), para fins de comprovação de pertencimento étnico-quilombola, conforme autodeclaração e critérios estabelecidos em normativas vigentes, visando sua participação no processo seletivo do Curso de Aperfeiçoamento em Metodologia da Pesquisa e Produção Científica, conforme Edital 076/2025.

Atestamos que [Nome do(a) Candidato(a)] mantém vínculos históricos, sociais, culturais e territoriais com o povo e a comunidade indígena mencionada, sendo reconhecido como membro ativo e participante da vida comunitária.

Por ser expressão da verdade, firmamos esta declaração.

[Localidade], [Data].

Assinaturas das Lideranças Indígenas:

1. Nome Completo

CPF:

Assinatura: _____

2. Nome Completo

CPF:

Assinatura: _____

3. Nome Completo

CPF:

Assinatura: _____

DECLARAÇÃO ÉTNICO-QUILOMBOLA

Nós, as lideranças abaixo assinadas, representantes da Comunidade Quilombola [Nome da Comunidade], localizada no município de [Nome do Município], estado de [Nome do Estado], declaramos, para os devidos fins, que [Nome do Candidato], portador(a) do documento de identidade nº [Número do RG] e CPF nº [Número do CPF], é membro reconhecido desta comunidade.

A presente declaração é emitida a pedido do(a) interessado(a), para fins de comprovação de pertencimento étnico-quilombola, conforme autodeclaração e critérios estabelecidos em normativas vigentes, visando sua participação no processo seletivo do Curso de Aperfeiçoamento em Metodologia da Pesquisa e Produção Científica, conforme Edital 076/2025.

Atestamos que [Nome do(a) Candidato(a)] participa da vida comunitária e mantém vínculos históricos, culturais e sociais com nossa comunidade quilombola.

Por ser verdade, firmamos esta declaração.

[Localidade], [Data].

Assinaturas das Lideranças Quilombolas:

1. Nome Completo

Cargo: [Exemplo: Coordenador/a da Associação Quilombola]

Assinatura: _____

2. Nome Completo

Cargo: [Exemplo: Líder Comunitário/a]

Assinatura: _____

3. Nome Completo

Cargo: [Exemplo: Representante do Conselho Quilombola]

Assinatura: _____

FORMULÁRIO PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Dados do(a) Candidato(a)

Nome Completo: _____

CPF: _____

RG: _____ Órgão Expedidor: _____

Data de Nascimento: __/__/____

Endereço Completo: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Telefone para Contato: (__) _____

E-mail: _____

Informações sobre a Deficiência

Tipo de Deficiência (assinale a opção correspondente):

☐ Física

☐ Visual

☐ Auditiva

☐ Intelectual

☐ Múltipla

☐ Outra (especificar):

CID (Classificação Internacional de Doenças):

Descrição da Deficiência:

Anexos Necessários

- Laudo médico atualizado (emitido há no máximo 12 meses), contendo:
- Diagnóstico e descrição da deficiência;
- CID correspondente;
- Assinatura, carimbo e CRM do médico responsável;
- Declaração de que a deficiência não impede a participação no curso para o qual está se candidatando.

Declaração do(a) Candidato(a)

Declaro, para os devidos fins, que as informações prestadas neste formulário são verdadeiras e estou ciente de que a falsidade nas declarações implicará na desclassificação no processo seletivo, sem prejuízo de outras sanções legais.

[Localidade], ____ de _____ de 2025.

Assinatura do(a) Candidato(a):

Eu, _____, inscrito no CPF nº _____,
venho por meio deste, em conformidade com a classificação do IBGE, declarar que sou:

- ☐ Negro (a)
- ☐ Pardo(a)
- ☐ Homem transgênero
- ☐ Mulher transgênero
- ☐ Pessoa não-binária
- ☐ Travesti

Declaro, ainda, estar ciente de que as informações que estou prestando são de minha inteira responsabilidade e que, no caso de declaração falsa, estarei sujeito às sanções previstas em lei.

_____, ____ de _____ de 2025.
(Local e data)

Assinatura do (a) candidato (a)