# FORMULÁRIO DE AUTODECLARAÇÃO

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)

# FORMULÁRIO PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Eu, [nome do candidato], portador (a) de CPF sob nº [número do CPF], e RG sob nº [número do RG], declaro para fins específicos de atendimento a seleção dos Cursos de Capacitação no Atendimento às Emergências em Saúde (BLS, ACLS e PALS), que sou pessoa com deficiência, conforme laudo médico anexo (emitido há no máximo 12 meses, contendo diagnóstico e descrição da deficiência, com CID correspondente, assinatura, carimbo e CRM do médico responsável) e, estou ciente de que se for detectada falsidade na declaração, estarei sujeito à desclassificação do processo seletivo, sem prejuízo de outras sanções legais.

# Informações sobre a Deficiência

Tipo de Deficiência (assinale a opção correspondente): ( ) Física

( ) Visual

( ) Auditiva

( ) Intelectual ( ) Múltipla

( ) Outra (especificar):

Descrição da Deficiência:

, de de 2025.

Assinatura do candidato

# DECLARAÇÃO ÉTNICO-COMUNITÁRIA INDÍGENA

Nós, abaixo assinados, na qualidade de lideranças da , pertencente ao povo , localizada no município de , estado de

, declaramos, para os devidos fins, que , é membro reconhecido(a) desta comunidade.

A presente declaração é emitida para comprovação de pertencimento étnico e comunitário indígena para atendimento do Processo Seletivo para os Cursos de Capacitação no Atendimento às Emergências em Saúde (BLS, ACLS e PALS).

Atestamos que 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.

, de 2025

Assinaturas das Lideranças Indígenas:

1. Nome Completo CPF:

Assinatura:

1. Nome Completo CPF:

Assinatura:

1. Nome Completo CPF:

Assinatura:

# DECLARAÇÃO ÉTNICO-QUILOMBOLA

Nós, as lideranças abaixo assinadas, representantes da Comunidade Quilombola

, localizada no município de , estado de

, declaramos, para os devidos fins, que , portador(a) do documento de identidade nº e CPF nº , é membro reconhecido desta comunidade.

A presente declaração é emitida a pedido do(a) interessado(a), para comprovação de pertencimento étnico-quilombola para o Processo Seletivo dos Cursos de Capacitação no Atendimento às Emergências em Saúde (BLS, ACLS e PALS).

Atestamos que participa da vida comunitária e mantém vínculos históricos, culturais e sociais com nossa comunidade quilombola.

Por ser verdade, firmamos esta declaração.

, de de 2025

Assinaturas das Lideranças Quilombolas:

1. Nome Completo

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

1. Nome Completo

Cargo: [Exemplo: Líder Comunitário/a] Assinatura:

1. Nome Completo

Cargo: [Exemplo: Representante do Conselho Quilombola] Assinatura: