## Logo UAB.png

## 

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA INTEGRAÇÃO LATINO-AMERICANA**

**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**

**ANEXO II – FORMULÁRIO DE AUTODECLARAÇÃO**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador/a de Carteira de Identidade nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, expedida pela \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, na data de \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, inscrito/a no CPF sob nº \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_-\_\_\_\_, requeiro minha inscrição no Processo Seletivo do Curso de Pós-Graduação em Gestão em Saúde, em nível de Especialização *lato sensu* - UNILA/UAB, Edital PRPPG nº XX/2021, para concorrer à modalidade de**1**:

( ) AMPLA CONCORRÊNCIA.

( ) RESERVA DE VAGAS, nos termos e sob as penas da lei, identificando-me como cidadão/cidadã**2:**

( ) indígena.

( ) negro(a): preto(a)/pardo(a).

( ) pessoa com deficiência.

( ) quilombola.

Foz do Iguaçu – PR, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2021.

Assinatura do/a Candidato/a

1 Assinale apenas uma opção

2 Assinale apenas uma opção