

Formulário para os Candidatos às Vagas destinadas às Ações Afirmativas

Declaração Pertencimento Étnico-racial Indígena

Nós indígenas abaixo assinados declaramos, para fins de ocupação de vaga reservada para candidato/a autodeclarado indígena, deste Processo Seletivo no qual está concorrendo a uma vaga reservada para autodeclarados indígenas, nos termos da Portaria GM/MS n.º 5.801, de 28 de novembro de 2024, que (nome _____ ou _____ nome social) _____, portador do R.G n.º _____ CPF n.º _____, pertence ao Povo Indígena: _____, localizado no município _____ Estado: _____.

Eu _____, DECLARO estar de acordo com a publicação da minha opção pelas vagas destinadas a pessoas indígenas no âmbito deste Processo Seletivo da Fiocruz Ceará.

DECLARAMOS que as informações aqui prestadas são de nossa inteira responsabilidade, estamos cientes de que em caso de declaração falsa o candidato/a estará sujeito às penalidades administrativas, cíveis e criminais.

DECLARAMOS que em caso de falsidade desta declaração o candidato/a incorrerá no art. n.º 299, do Código Penal (crime de falsidade ideológica), que consiste em: “Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante”.

Por ser a verdade, datamos e assinamos a presente declaração.

LIDERANÇA 1

Nome completo ou nome social:

CPF: _____ RG: _____

Endereço: _____

Telefone para contato: () _____

Assinatura: _____

LIDERANÇA 2

Nome completo ou nome social:

CPF: _____ RG: _____

Endereço: _____

Telefone para contato: () _____

Assinatura: _____

Local: _____ / _____ Data: _____ de _____ de 2025.