|  |  |
| --- | --- |
| **Ministério da Educação/MEC****Universidade Federal de Goiás/UFG****Pró-Reitoria de Pós-Graduação/PRPG****Faculdade de Farmácia/FF****Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas/PPGCF** | UFG_logo2006 |
| Praça Universitária, nº 1166, Setor Universitário, CEP: 74605-220 – Goiânia – Goiás, Setor Universitário, Goiânia – Goiás. Fone: (062) 3209 6036 / 3209 6039 (ramal 200). |

**AUTODECLARAÇÃO ÉTNICO-RACIAL**

Eu\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador do RG nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

declaro para fins específicos de atendimento ao Processo Seletivo do Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, da Universidade Federal de Goiás, que sou: \_\_ preto, \_\_ pardo, \_\_ indígena\*. Declaro, também, estar ciente de que, se for comprovada falsidade desta declaração, a minha classificação será tornada sem efeito, além do que estarei sujeito às penalidades previstas no Código Penal Brasileiro.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do candidato

**Processo Seletivo**: nível \_\_ Mestrado ou \_\_ Doutorado

\*Segundo a Resolução CONSUNI Nº 07/2015, no caso de candidato autodeclarado indígena, é obrigatória a apresentação de cópia do registro administrativo de nascimento e óbito de índios (RANI) ou declaração de pertencimento emitida pelo grupo indígena assinada por liderança local.