



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRO-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA



CHAMADA DE SELEÇÃO PÚBLICA ORDINÁRIA EDITAL Nº 01/2025 – MPSF

ANEXO: AUTODECLARAÇÃO ÉTNICO RACIAL

(Obrigatório para candidatos(as) inscritos(as) na modalidade de reserva de vagas dos(as) autodeclarados(as) pretos(as), pardos(as) e indígenas)

Eu, _____,
documento de identificação civil nº _____, órgão expedidor _____,
e CPF nº _____, candidato(a) ao curso
de _____, no campus
_____, declaro-me:

() Preto(a) () Pardo(a) () Indígena: _____

(Informar comunidade indígena)

Declaro estar ciente que, de acordo como Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, população negra é o conjunto de pessoas que se autodeclararam pretas e pardas, conforme o quesito cor ou raça usado pelo instituto. Desconsiderando o genótipo, ou seja, minha ascendência negra (pais, avós ou outro familiar).

Declaro concordar com a divulgação de minha condição de optante por vagas destinadas às ações afirmativas.

Para fins de enquadramento na Lei 12.711/2012, no Decreto nº 7.824/2012 e na Portaria do MEC nº 18/2012.

Eu, abaixo assinado e identificado(a), **autorizo a gravação de minha imagem e da minha voz** feita pela Comissão de Verificação de Autodeclaração Étnico-racial da UFPI para verificação das minhas características fenotípicas (conjunto de características físicas do indivíduo, tais como a cor da pele, a textura do cabelo e os aspectos faciais), de maneira que possa ser conferida a veracidade da informação prestada por mim no ato de inscrição no processo seletivo.

_____, _____ de _____ de 20 _____.
(Município), (dia) (mês) (ano)

Assinatura do(a) candidato(a)



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRO-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA



ANEXO: DECLARAÇÃO PARA CONCORRER ÀS VAGAS RESERVADAS ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

À Comissão Organizadora do Processo Seletivo regido pelo Edital N° 01/2025 para o curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, da Universidade Federal do Piauí.

Nome do(a) Candidato(a):	
CPF:	RG:
E-mail:	Telefone:

Declaro que estou ciente de todas as exigências para concorrer às vagas destinadas às Pessoas com Deficiência, bem como, estou ciente de que se for detectada incongruência ou insuficiência da condição descrita no laudo médico, conforme estabelecido na Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015, no art. 4º do Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, alterado pelo Decreto nº 5.296/04, no art. 1º da Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012 (Transtorno do Espectro Autista), concorrerei apenas às vagas referentes à ampla concorrência, e também estarei sujeito(a), a qualquer tempo, às medidas legais cabíveis.

Observações: O laudo médico a ser entregue juntamente com esta declaração no momento da inscrição deverá ser original e legível, atestar a espécie e o grau ou nível da deficiência, com CID, conter o nome do médico especialista, a assinatura e CRM. Caso contrário, o laudo pode ser considerado inválido.

_____, _____ de _____ de 20____.
(Município), (dia) (mês) (ano)

Assinatura do(a) candidato(a)



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRO-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA



ANEXO: AUTODECLARAÇÃO DE PESSOA TRANS

- 1.Nome ou nome social:
- 2.Data de nascimento:
- 3.Carteira de Identidade (RG):
- 4.Órgão Expedidor:
- 5.CPF:

DECLARO que desejo me inscrever para concorrer às vagas destinadas às ações afirmativas, autodeclarando-me como pessoa trans nos termos estabelecidos no processo de seleção para ingresso no Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – MPSF/PPGSF.

DECLARO que as informações prestadas nesta autodeclaração são de minha inteira responsabilidade, estando ciente de que se for detectada falsidade na declaração, estarei sujeito às penalidades previstas em lei.

DECLARO, ainda, concordar com a divulgação de minha condição de optante por vagas destinadas às ações afirmativas - pessoa autodeclarada trans nos documentos e listas publicadas durante o processo seletivo.

_____, _____ de _____ de 20_____.
(Município), (dia) (mês) (ano)

Assinatura do(a) candidato(a)