



## Anexo V

### UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA TROPICAL

#### AUTODECLARAÇÃO PARA FINS DE CONCORRER NA MODALIDADE VAGAS ADICIONAIS PARA CANDIDATOS INDÍGENAS

Eu, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, pertencente à comunidade  
indígena \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_,  
naturalidade \_\_\_\_\_ (cidade,  
estado, país), RG n. \_\_\_\_\_, data emissão  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, órgão emissor \_\_\_\_\_, C.P.F  
\_\_\_\_\_, estado civil \_\_\_\_\_,  
endereço \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_,  
CEP \_\_\_\_\_, cidade: \_\_\_\_\_,  
estado: \_\_\_\_\_, telefone (s): \_\_\_\_\_,  
e-mail: \_\_\_\_\_

estou ciente e concordo com as regras do Edital, declarando-me indígena. Por esta razão, opto por concorrer às vagas disponibilizadas a candidatos/as indígenas. Comprometo-me, ademais, a apresentar até a data-limite estabelecida no Edital, carta da liderança ou organização indígena atestando o meu vínculo.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura