



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CAMPUS UNIVERSITÁRIO PROFESSOR ANTÔNIO GARCIA FILHO
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA - PROFSAÚDE

DECLARAÇÃO DE PERTENCIMENTO A COMUNIDADE QUILOMBOLA

Nós, quilombolas, abaixo-assinados, declaramos para os devidos fins que o(a) candidato(a) _____, portador(a) do documento de identificação n.o _____, CPF n.o _____, concorrendo ao Processo Seletivo SISU-UFS, 2025, para preenchimento de vagas na condição de Quilombola, pertence à Comunidade Quilombola _____ do município de _____, Estado _____, nos termos do art. 2º do [Decreto no 4.887, de 20 de novembro de 2003](#).

Declaramos, ainda, ter ciência de que:

I- As informações prestadas por nós para o processo de análise da condição declarada pelo(a) candidato(a) acima descrito(a), com vistas à inclusão na modalidade Reserva de Vagas, são de nossa inteira responsabilidade, pois quaisquer informações inverídicas prestadas, implicará no indeferimento da solicitação de Reserva de Vagas ao referido candidato(a) e aplicação das medidas legais cabíveis.

II- Na hipótese de configuração de fraude na documentação comprobatória em qualquer momento, inclusive posterior à matrícula, assegurado o direito ao contraditório e à ampla defesa, o candidato(a) estará automaticamente eliminado (a) do Processo Seletivo e perderá, conseqüentemente, o direito à vaga conquistada e a quaisquer direitos dela decorrentes, independentemente das ações legais cabíveis que a situação requer.

III- Se falsa for esta declaração, incorrerei nas penas do crime do Art. 299 do Código Penal (falsidade ideológica).

Por ser a expressão da verdade, firmamos a presente.

MEMBROS QUILOMBOLAS DA COMUNIDADE

Presidente da Associação: _____,
(Nome por extenso), Identidade n.o _____, presidente da Associação _____ (Nome da associação), constituído por meio de _____ (forma pelo qual foi nomeado presidente), na data de _____ (data no qual foi empossado presidente), pelo período de _____ (informar o período de vigência) _____ do _____ (mandato).
Endereço: _____,
Telefone para contato: (____) _____
e-mail: _____

Assinatura (Reconhecer assinatura)



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CAMPUS UNIVERSITÁRIO PROFESSOR ANTÔNIO GARCIA FILHO
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA - PROFSAÚDE

1 – Membro da Comunidade: _____

(Nome por extenso).

Cargo: _____

Identidade n.o _____,

Endereço: _____

_____, Telefone para contato: (____) _____

e-mail: _____

Assinatura

2 – Membro da Comunidade: _____

(Nome por extenso).

Cargo: _____

Identidade n.o _____,

Endereço: _____

_____, Telefone para contato: (____) _____

e-mail: _____

Assinatura

_____/_____, ____ de _____ de 20____.

Cidade UF dia mês ano