



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 ETNIA E DE VÍNCULO COM COMUNIDADE INDÍGENA

Nome: _____

Curso: _____

Campus: _____ CPF: _____

Eu, _____ candidato ao Processo Seletivo para Ingresso no Curso de Pós-graduação Profissional em Saúde da Família da UFS, nas vagas reservadas definida pela Lei no 12.711/2012 (Lei de Cotas), DECLARO que sou indígena da etnia/povo _____

e que: () resido em Terra Indígena () resido em Área Urbana

Nome do Local /Endereço: _____

Município: _____ Estado: _____

Atenção: é obrigatório coletar nos quadros a seguir a assinatura, devidamente identificada, de 1 (uma) Liderança e 2 (duas) testemunhas da Comunidade Indígena à qual pertence o candidato e também anexar com essa declaração, em ARQUIVO PDF ÚNICO, os documentos de identidade da Liderança Indígena e das testemunhas.

(Nome legível da Liderança Indígena)

(Assinatura da Liderança Indígena)

(No da Cédula de Identidade da Liderança Indígena)

(Nome legível da testemunha 1)

(Assinatura da testemunha 1)

(No da Cédula de Identidade da testemunha 1)

(Nome legível da testemunha 2)

(Assinatura da testemunha 2)

(No da Cédula de Identidade da testemunha 2)

_____/_____, ____ de _____ de 20____.

Cidade UF dia mês ano

ASSINATURA (conforme documento de identificação)