

## **INSTRUÇÕES PARA VAGAS DESTINADAS ÀS AÇÕES AFIRMATIVAS - UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE - UFAC**

As pessoas candidatas às vagas destinadas às ações afirmativas, deverão apresentar os seguintes documentos no ato da inscrição:

a) Pessoas negras: 1 - Termo de autodeclaração de pertença racial negra (preta ou parda) assinado (Anexo A). Uma banca de heteroidentificação, instituída na UFAC, poderá verificar a autodeclaração.

b) Pessoas indígenas: 1 - Termo de declaração de pessoa indígena (Anexo B) assinado; 2 - cópia do Registro Administrativo de Nascimento Indígena (RANI) ou declaração da FUNAI ou declaração de liderança do grupo ao qual pertence.

c) Pessoas com deficiência: 1 - Termo de declaração de pessoa com deficiência (Anexo C) assinado; 2 - Laudo médico dos últimos 12 meses assinado por um médico especialista com código Classificação Internacional de Doenças (CID), com nome legível, carimbo, assinatura, especialização e CRM ou RMS do(a) médico(a) que forneceu o laudo;

d) Pessoas trans: 1 - Termo de autodeclaração de pessoa trans (transgênero, transsexual e travesti) assinada (Anexo D).

Anexo A - Termo de autodeclaração de pertença racial negra (preta ou parda)

- 1 - Nome:
- 2 - Data de nascimento:
- 3 - Identidade:
- 4 - Órgão Expedidor:
- 5 - CPF:

DECLARO que sou cidadão(ã) pertencente à raça negra nos termos da legislação em vigor, identificando-me como pessoa ( ) preta ou ( ) parda.

DECLARO que desejo me inscrever para concorrer às vagas destinadas a ações afirmativas para pessoas negras (pretas ou pardas), nos termos estabelecidos no processo de seleção para ingresso no Mestrado Profissional em Saúde da Família PROFSAUDE/MPSF na Universidade Federal do Acre, Campus Floresta, na cidade de Cruzeiro do Sul.

DECLARO, ainda, que as informações prestadas nesta declaração são de minha inteira responsabilidade, estando ciente de que, em caso de falsidade ideológica, ficarei sujeito(a) ao desligamento do curso e às sanções prescritas na legislação em vigor.

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

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura

## Anexo B - Termo de declaração de pessoa indígena

- 1 - Nome:
- 2 - Data de nascimento:
- 3 - Identidade:
- 4 - Órgão Expedidor:
- 5 - CPF:

DECLARO que sou cidadão(ã) indígena nos termos da legislação em vigor.

DECLARO que desejo me inscrever para concorrer às vagas destinadas a ações afirmativas para pessoas indígenas, nos termos estabelecidos no processo de seleção para ingresso no Mestrado Profissional em Saúde da Família PROFSAUDE/MPSF na Universidade Federal do Acre, Campus Floresta, na cidade de Cruzeiro do Sul.

DECLARO estar ciente da obrigatoriedade da entrega de cópia do Registro Administrativo de Nascimento Indígena (RANI) ou declaração da FUNAI ou declaração de liderança do grupo ao qual pertença.

DECLARO, ainda, que as informações prestadas nesta declaração são de minha inteira responsabilidade, estando ciente de que, em caso de falsidade ideológica, ficarei sujeito(a) ao desligamento do curso e às sanções prescritas na legislação em vigor.

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

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura

## Anexo C - Termo de declaração de pessoa com deficiência

1 - Nome do requerente:

2 - Data de nascimento:

3 - Identidade:

4 - Órgão Expedidor:

5 - CPF:

6 - Tipo de deficiência:

Deficiência física

Deficiência auditiva

Deficiência visual

Deficiência intelectual

Transtorno do Espectro Autista

Deficiência múltipla

Especificações sobre a deficiência (exemplo: para deficiência visual, informar se é cegueira, baixa visão ou visão monocular):

---

---

Precisa de atendimento diferenciado durante a realização da prova? SIM ( ) NÃO ( )

Se você respondeu SIM à pergunta anterior, quais as condições diferenciadas de que necessita para a realização da prova?

---

---

DECLARO que desejo me inscrever para concorrer às vagas destinadas a ações afirmativas para pessoas com deficiência, nos termos estabelecidos no processo de seleção para ingresso no Mestrado Profissional em Saúde da Família PROFSAUDE/MPSF na Universidade Federal do Acre, Campus Floresta, na cidade de Cruzeiro do Sul.

DECLARO estar ciente da obrigatoriedade da entrega de Laudo médico dos últimos 12 meses assinado por um médico especialista com código Classificação Internacional de Doenças (CID), com nome legível, carimbo, assinatura, especialização e CRM ou RMS do(a) médico(a) que forneceu o laudo.

DECLARO, ainda, que as informações prestadas nesta declaração são de minha inteira responsabilidade, estando ciente de que, em caso de falsidade ideológica ou a não comprovação da deficiência, ficarei sujeito(a) ao desligamento do curso e às sanções prescritas na legislação em vigor.

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

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

---

Nome e assinatura

Anexo D- Termo de autodeclaração de pessoa trans (transgênero, transsexual e travesti)

1 - Nome:

1.1 - Nome social:

2 - Data de nascimento:

3 - Identidade:

4 - Órgão Expedidor:

5 - CPF:

DECLARO que sou cidadão(ã) trans nos termos da legislação em vigor, identificando-me como ( ) transgênero ou ( ) transsexual ou ( ) travesti.

DECLARO que desejo me inscrever para concorrer às vagas destinadas a ações afirmativas para pessoas trans (transgênero, transsexual e travesti), nos termos estabelecidos no processo de seleção para ingresso no Mestrado Profissional em Saúde da Família PROFSAUDE/MPSF na Universidade Federal do Acre, Campus Floresta, na cidade de Cruzeiro do Sul.

DECLARO, ainda, que as informações prestadas nesta declaração são de minha inteira responsabilidade, estando ciente de que, em caso de falsidade ideológica, ficarei sujeito(a) ao desligamento do curso e às sanções prescritas na legislação em vigor.

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

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura