

Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúdes

ANEXO 3

Autodeclaração Étnico-Racial

Eu, _____, candidato(a) ao curso de doutorado no Processo Seletivo do Mestrado em Gestão em Saúde (Turma 2024) da Universidade Estadual do Ceará e detentor do Documento de Identidade Nº _____, CPF: _____, declaro para fim específico de Ingresso na Universidade Estadual do Ceará que sou () negro/a () pardo/a () Preto/a () indígena. Declaro ainda que os seguintes motivos justificam minha autodeclaração étnico-racial:

Declaro, também, estar ciente de que a prestação de informação falsa, apurada posteriormente ao ingresso no Mestrado, em procedimento que me assegure o contraditório e ampla defesa, ensejará a eliminação da seleção nos termos da resolução 1.657/2021, bem como o cancelamento de minha matrícula na Universidade Estadual do Ceará, sem prejuízo das sanções penais eventualmente cabíveis.

Fortaleza, ____ de _____ de 2023.

Assinatura do Candidato (a) (igual ao registro do documento de identificação)