



**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)