



**ANEXO 3**

**FORMULARIO - Autodeclaración étnico-racial**

Yo, \_\_\_\_\_, candidato al programa de Maestría en el Proceso de Selección para la Maestría en Gestión de la Salud (Clase 2025) de la Universidad Estadual de Ceará y titular del Documento de Identidad nº \_\_\_\_\_, CPF: \_\_\_\_\_, declaro para fines específicos de admisión en la Universidad Estadual de Ceará que soy ( ) negro ( ) pardo ( ) negro ( ) indígena. Declaro también que las siguientes razones justifican mi autodeclaración étnico-racial:

---



---



---



---



---



---



---

Declaro también tener conocimiento de que el suministro de informaciones falsas, comprobadas después de la admisión a la Maestría, en un procedimiento que me garantice el derecho a la contradicción y a la defensa integral, resultará en mi eliminación del proceso de selección en los términos de la resolución 1.657/2021, así como en la cancelación de mi matrícula en la Universidad Estadual de Ceará, sin perjuicio de las sanciones penales a que haya lugar.

Fortaleza, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2025.

\_\_\_\_\_  
 Firma del Solicitante  
 (igual al documento de identidad)