ANEXO 6

FORMULÁRIO - Autodeclaração

Eu, _____, candidato(a) ao Programa de Residência Uniprofissional em Enfermagem Obstétrica (IX Turma) 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 1.( ) negro/a: preto/a ou pardo/a 2. ( ) PcD.

Declaro ainda que os seguintes motivos justificam minha autodeclaração:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Declaro, também, estar ciente de que a prestação de informação falsa, apurada posteriormente ao ingresso no Programa de Residência, 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 2026.

_____

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