



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CARIRI
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA MULTICÊNTRICO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOQUÍMICA E
BIOLOGIA MOLECULAR (PMBQBM)

**ANEXO IV – FORMULÁRIO DE AUTODECLARAÇÃO DE PESSOA INDÍGENA OU
QUILOMBOLA**

Eu, _____, abaixo assinado,
de nacionalidade _____, nascido em ____/____/_____,
no município de _____, estado _____, filho de
_____ e de
_____, estado civil
_____, residente e domiciliado à CEP
nº _____, portador da cédula de identidade
nº _____, expedida em ____/____/_____, órgão
expedidor _____, CPF nº _____, declaro para fins de
Processo Seletivo regido pelo Edital nº _____, ao Programa Multicêntrico De Pós-
Graduação Em Bioquímica E Biologia Molecular (PMBQBM), da Universidade Federal do
Cariri (UFCA), sob as penas da lei, que sou () quilombola () indígena. Estou ciente de
que, em caso de falsidade ideológica, ficarei sujeito às sanções legais aplicáveis.

Data: ____/____/_____.

Assinatura