

## Programa de Pós-graduação Profissional em Ciências Aplicadas ao Sistema Musculoesquelético

### AUTODECLARAÇÃO PARA CANDIDATOS NEGROS (PRETOS/PARDOS)

O Programa de Pós-Graduação Profissional em Ciências Aplicadas ao Sistema Musculoesquelético do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO) adota a Política de Ação Afirmativa para negros visando contribuir para uma maior democratização no acesso aos cursos de pós-graduação. Para tanto utiliza como instrumento essencial este documento de autodeclaração.

A partir da presente autodeclaração, o(a) candidato(a) passará a ser considerado(a) OPTANTE e acionará o sistema de Ação Afirmativa no processo seletivo e concorrerá às vagas destinadas para tanto. A presente autodeclaração é pública, ficará registrada nos arquivos do Programa e estará à disposição para verificação de quem a requerer mediante solicitação. O declarante que a assina assume total responsabilidade em relação às consequências inclusive jurídicas da presente declaração.

\*\*\*

Eu, \_\_\_\_\_ portador(a) da carteira de identidade nº \_\_\_\_\_, expedida por \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_, li e estou ciente e de acordo com o texto acima me declarando negro/negra e optando por concorrer às vagas desta modalidade na seleção deste Programa de Pós-Graduação Profissional.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura

## Programa de Pós-graduação Profissional em Ciências Aplicadas ao Sistema Musculoesquelético

### AUTODECLARAÇÃO PARA CANDIDATOS COM DEFICIÊNCIA

O Programa de Pós-Graduação Profissional em Ciências Aplicadas ao Sistema Musculoesquelético do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO) adota a Política de Ação Afirmativa para pessoas com deficiências visando contribuir para uma maior democratização no acesso aos cursos de pós-graduação.

A partir da presente autodeclaração, o(a) candidato(a) passará a ser considerado(a) OPTANTE e acionará o sistema de Ação Afirmativa no processo seletivo e concorrerá às vagas destinadas para tanto. A presente autodeclaração é pública, ficará registrada nos arquivos do Programa e estará à disposição para verificação de quem a requerer mediante solicitação. O declarante que a assina assume total responsabilidade em relação às consequências inclusive jurídicas da presente declaração.

\*\*\*

Eu, \_\_\_\_\_ portador(a) da carteira de identidade nº \_\_\_\_\_, expedida por \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_, li e estou ciente e de acordo com o texto acima me declarando pessoa com deficiência e optando por concorrer às vagas desta modalidade na seleção deste Programa de Pós-Graduação Profissional. Em anexo encaminho o laudo médico onde consta o Código Internacional de Funcionalidade (CIF).

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura

## Programa de Pós-graduação Profissional em Ciências Aplicadas ao Sistema Musculoesquelético

### AUTODECLARAÇÃO PARA CANDIDATOS INDÍGENAS E QUILOMBOLAS

O Programa de Pós-Graduação Profissional em Ciências Aplicadas ao Sistema Musculoesquelético do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO) adota a Política de Ação Afirmativa para indígenas e quilombolas visando contribuir para uma maior democratização no acesso aos cursos de pós-graduação.

A partir da presente autodeclaração, o(a) candidato(a) passará a ser considerado(a) OPTANTE e acionará o sistema de Ação Afirmativa no processo seletivo e concorrerá às vagas destinadas para tanto. A presente autodeclaração é pública, ficará registrada nos arquivos do Programa e estará à disposição para verificação de quem a requerer mediante solicitação. O declarante que a assina assume total responsabilidade em relação às consequências inclusive jurídicas da presente declaração.

\*\*\*

Eu, \_\_\_\_\_ portador(a) da carteira de identidade nº \_\_\_\_\_, expedida por \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_, li e estou ciente e de acordo com o texto acima me declarando indígena ou quilombola e optando por concorrer às vagas desta modalidade na seleção deste Programa de Pós-Graduação Profissional. Em anexo encaminho o documento comprobatório.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura