



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

UFCSPA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

DECLARAÇÃO DE ETNIA E DE VÍNCULO COM COMUNIDADE INDÍGENA

SiSU 2018

Eu, _____
portador da Cédula de Identidade nº _____, UF _____, DECLARO, para o
fim específico de atender aos critérios estabelecidos para ingresso pelas modalidades de
candidato indígena (L2, L6, L10 e L14), que sou da etnia
_____ e membro da Comunidade Indígena
_____ (nome da Terra
Indígena).

() **resido em Terra indígena:**

() **resido em Área Urbana:**

Nome do Local / Endereço: _____

Município de: _____ Estado: _____

Telefone(s) para contato: _____

Por ser a expressão da verdade, assino esta declaração.

_____, ____ de _____ de _____. _____

Cidade

Dia

Mês

Ano

Assinatura

Atenção:

*preenchimento obrigatório para candidatos autodeclarados **INDÍGENAS** inscritos nas modalidades L2, L6, L10 e L14.

**é obrigatório coletar a assinatura, devidamente identificada, de 1 (uma) Liderança Indígena e 2 (duas) testemunhas
pertencentes à Comunidade Indígena:

1. _____
Assinatura da Liderança Indígena

Nome legível da Liderança Indígena

Nº da Cédula de Identidade da Liderança Indígena

2. _____
Assinatura da Testemunha**

3. _____
Assinatura da Testemunha**

Nome legível da Testemunha**

Nome legível da Testemunha**

Nº da Cédula de Identidade Testemunha**

Nº da Cédula de Identidade Testemunha**

Para Preenchimento da Comissão de Avaliação para o Ingresso por Cotas

() **DEFERIDO**

() **INDEFERIDO**