



## Anexo VII

### UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA TROPICAL

#### AUTODECLARAÇÃO PARA FINS DE CONCORRER NA MODALIDADE DE VAGAS ADICIONAIS PARA CANDIDATOS QUILOMBOLAS

Eu, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, pertencente à comunidade  
quilombola \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, data de nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_,  
Naturalidade: \_\_\_\_\_ (cidade,  
estado, país), RG n. \_\_\_\_\_, data emissão  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, órgão emissor \_\_\_\_\_, C.P.F  
\_\_\_\_\_, estado civil \_\_\_\_\_,  
endereço \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_,  
CEP \_\_\_\_\_, cidade \_\_\_\_\_,  
estado \_\_\_\_\_, telefone (es): \_\_\_\_\_,  
email: \_\_\_\_\_

estou ciente e concordo com as regras do Edital, declarando-me quilombola.  
Por esta razão, opto por concorrer às vagas disponibilizadas a candidatos/as  
quilombolas. Comprometo-me, ademais, a apresentar até a data-limite  
estabelecida no Edital, carta da liderança ou organização quilombola  
atestando o meu vínculo.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura