

ANEXO 1 – FORMULÁRIOS DE AUTODECLARAÇÃO PARA CONCORRÊNCIA ÀS VAGAS RESERVADAS

Instrução: O(A) candidato(a) deverá preencher, datar, assinar e enviar o **apenas** formulário correspondente à modalidade de vaga reservada para a qual se inscreveu, conforme as regras do Edital.

MODELO A AUTODECLARAÇÃO ÉTNICO-RACIAL (Candidatos Pretos ou Pardos)

Eu, _____
(Nome Completo), portador(a) do CPF nº _____, inscrito(a) no processo seletivo para o Edital nº 01/2025 do projeto “Qualificação do cuidado em Saúde Mental Coletiva na Atenção Primária à Saúde no Rio Grande do Sul: Cuida+ Mental APS”, DECLARO, para o fim específico de atender às regras do edital, que me considero pessoa preta ou parda, conforme a classificação de cor ou raça utilizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Estou ciente de que a constatação de falsidade nesta declaração resultará na minha eliminação do processo seletivo, sem prejuízo das sanções cíveis e penais cabíveis, conforme o Art. 299 do Código Penal.

[Local], ____ de _____ de 2025.

Assinatura do(a) Candidato(a)

MODELO B
AUTODECLARAÇÃO DE IDENTIDADE DE GÊNERO
(Candidatos Transgêneros)

Eu, _____
(Nome Completo), portador(a) do CPF nº _____, cujo nome social
é _____ (preencher
se aplicável), inscrito(a) no processo seletivo para o Edital nº 01/2025 do projeto
“Qualificação do cuidado em Saúde Mental Coletiva na Atenção Primária à Saúde no Rio
Grande do Sul: Cuida+ Mental APS”, DECLARO, para o fim específico de atender às regras
do edital, que sou uma pessoa transgênero (transexual, travesti ou não-binária). Estou
ciente de que a constatação de falsidade nesta declaração resultará na minha eliminação
do processo seletivo, sem prejuízo das sanções cíveis e penais cabíveis, conforme o Art.
299 do Código Penal.

[Local], ____ de _____ de 2025.

Assinatura do(a) Candidato(a)

MODELO C
DECLARAÇÃO PARA VAGAS DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Eu, _____
(Nome Completo), portador(a) do CPF nº _____, inscrito(a) no processo seletivo para o Edital nº 01/2025 do projeto “Qualificação do cuidado em Saúde Mental Coletiva na Atenção Primária à Saúde no Rio Grande do Sul: Cuida+ Mental APS”, DECLARO, para o fim específico de concorrer à vaga reservada para Pessoa com Deficiência (PcD), que me enquadro nas categorias discriminadas no Art. 2º da Lei nº 13.146/2015 (Estatuto da Pessoa com Deficiência). DECLARO, ainda estar ciente (1) da obrigatoriedade de apresentar o Laudo Médico original, que ateste a espécie e o grau, ou nível da deficiência ou do suporte necessário, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doenças - CID-10, conforme exigido no edital; (2) de que a não apresentação do laudo médico ou a apresentação de laudo que não comprove a deficiência nos termos do edital resultará na minha exclusão da lista de vagas reservadas para PcD; e (3) de que a constatação de falsidade nesta declaração resultará na minha eliminação do processo seletivo, sem prejuízo das sanções cíveis e penais cabíveis, conforme o Art. 299 do Código Penal.

[Local], ____ de _____ de 2025.

Assinatura do(a) Candidato(a)