



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CONCURSO PÚBLICO PARA PROFESSOR DO MAGISTÉRIO SUPERIOR

TERMO DE AUTODECLARAÇÃO

Ilmo(a) Sr(a). Chefe do Departamento de Promoção da Saúde/CCM/UFPB

PREENCHER COM LETRA DE FORMA	
:Na Nome Completo / Nome Social:	
Nacionalidade	CPF:
Telefones para contato com DDD:	
Email (Correio Eletrônico)	
Endereço residencial (endereço completo) 	

O(a) candidato(a) acima identificado DECLARA ser pessoa preta ou parda, conforme quesito de cor ou raça do IBGE, comprometendo-me a comparecer ao procedimento de heteroidentificação em momento oportuno, sob pena de ser excluído do certame aqui pretendido, nos termos do **§ 2º, art. 15, da Instrução Normativa MGI nº 23, de 25 de julho de 2023**, estando ciente que sofrerei as sanções previstas em lei, caso a presente declaração seja falsa, de acordo com o disposto no **parágrafo único do artigo 2º da Lei nº 12.990/2014**.

Nestes termos, pede deferimento.

_____, ____ de _____ de _____.
(nome da cidade)

Assinatura do(a) candidato(a)