

**AUTODECLARAÇÃO DOS OPTANTES PELAS VAGAS DESTINADAS ÀS
POLÍTICAS DE AÇÕES AFIRMATIVAS**

Nome: _____

RG: _____ Data de emissão: _____ Órgão expedidor: _____ UF: _____

CPF: _____

Endereço: _____

Complemento: _____ Bairro: _____ CEP: _____ UF: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Telefone: _____

Celular: _____ E-mail: _____

Política de ações afirmativas: () Optante () Não Optante às vagas de ações afirmativas.

Em caso de ser optante, me declaro:

() Preto ou pardo

() Quilombola

() Indígena

() Pessoa portadora de deficiência

Declaro que assumo inteira responsabilidade quanto à veracidade das informações por mim prestadas nesse formulário.

Rio de Janeiro, ____/____/____

Assinatura