**PROCESSO SELETIVO DO PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO**

**EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE**

**DECLARAÇÃO DE OPTANTE POR COTA DE INGRESSO**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RG\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Declaro ser negro (a), preto (a), pardo (a), indígena \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ epto pela participação no Processo Seletivo do Programa de Pós Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, Edital Processo Seletivo – 2º Semestre de 2025 – Aprovação PARECER CPG/FCM:\_\_\_\_\_\_\_, pelo sistema de cotas.

Data\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura