**Formulário de Autodeclaração – Solicitação de bolsa do PROESA**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , N° USP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, para fins de concorrer a bolsa de do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto, me autodeclaro:

( ) Preto

( ) Pardo

( ) Indígena – Especificar a etnia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) Quilombola – Especificar o quilombo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) Pessoa com deficiência, nos termos da lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015 – Especificar a deficiência: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Declaro que todas as informações aqui prestadas são verdadeiras, pelas quais assumo integral responsabilidade, ciente de que, em qualquer tempo, se for comprovada falsa a declaração, estarei sujeito(a) às sanções civis, administrativas e/ou criminais previstas em lei. Declaro, ainda, que estou ciente de que poderei ser convocado(a), a qualquer tempo, para prestar esclarecimentos sobre as afirmações contidas nesta declaração.

São Paulo, \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_.

Assinatura do(a) aluno(a)