**ANEXO 6 – AUTODECLARAÇÃO DE CANDIDATO(A) QUILOMBOLA**

1. ( ) Declaro para o fim específico de atender ao Processo Seletivo do PPG em Farmácia (Edital**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**) que sou QUILOMBOLA.

2. Declaro para o fim específico de atender ao Processo Seletivo do PPG Farmácia (Edital **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**), que sou proveniente da seguinte Comunidade Quilombola:

Nome da Comunidade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Município e Estado da Federação:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Declaro ainda que estou ciente de que detectada a falsidade desta autodeclaração sujeito-me às penas da lei.

Florianópolis, \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Nome do(a) Candidato(a):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Assinatura:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anexar documento comprobatório de pertencimento às comunidades remanescentes de quilombo, assinado por membro da diretoria de Associação Quilombola reconhecida pela Fundação Palmares. A validação da autodeclaração de Quilombola será feita pela Comissão de Validação de Autodeclaração de Quilombolas, especificamente constituída para esse fim, nomeada pela Secretaria de Ações Afirmativas e Diversidades (SAAD).

**PARECER DA COMISSÃO DE VALIDAÇÃO DE AUTODECLARAÇÃO DE CANDIDATOS(AS) QUILOMBOLA**

A Comissão de Validação de Autodeclaração de Quilombolas, após avaliação dos documentos do(a) candidato(a):

( ) SIM. Valida essa autodeclaração.

( ) NÃO valida essa autodeclaração e NÃO habilita o(a) candidato(a) para a continuidade do processo seletivo pelas ações afirmativas e vulnerabilidade socioeconômica.

Florianópolis, \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Assinatura da Comissão :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_