**FORMULÁRIO DE AUTODECLARAÇÃO ÉTNICO-RACIAL**

Eu\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RG\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro, para o fim específico de inscrição no processo seletivo do Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo em [Ano], que estou apta/o a concorrer às vagas reservadas para candidatas/os autodeclaradas/os pretas/os e pardas/os.

Estou ciente de que estarei sujeita/o às penalidades previstas em lei se for detectada falsidade nesta declaração.

Local e Data:

Assinatura: