(42) 3621-7777 | (42) 9 9941-8960
R. Coronel Saldanha, 1812 – Centro
CEP 85010-130 | Guarapuava | PR
hospitaldeolhosguarapuava.com.br
contato@hospitaldeolhosguarapuava.com.br

FORMULÁRIO DE AUTODECLARAÇÃO ÉTNICO-RACIAL

Para os fins do disposto em lei, que determina a reserva de vagas para os negros (pretos e pardos) em processos seletivos , eu,_____, titular do RG nº_____, expedido em ___/___/_____, pelo órgão expedidor_____, CPF nº _____, AUTODECLARO, sob as penas da lei, que sou: ( )Preto(a) ( )Pardo(a), estando ciente de que em caso de falsidade ideológica ficarei sujeito às sanções prescritas no Código Penal e às demais cominações legais aplicáveis.

Guarapuava,_____ / _____ / _____

_____

Assinatura