**AUTODECLARAÇÃO – Ações Afirmativas**

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

CPF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RG\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

declaro, para os fins específicos de atendimento a isenção do pagamento de taxa de inscrição para o **14º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva**, que:

( ) sou pessoa com deficiência

( ) sou indígena

( ) sou quilombola

( ) sou cigano/a

( ) sou trans (travesti, transexual ou transgênero)

( ) sou estudante de graduação ou pós-graduação negro/a

( ) sou refugiado/a

Estou ciente de que se for detectada falsidade na declaração, estarei sujeito às penalidades previstas em lei.

Cidade \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Data \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por favor envie este FORMULÁRIO devidamente assinado + documentação de acordo com a justificativa a que se refere a solicitação, **via e-mail** inscricao@saudecoletiva.org.br