



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FISIOLÓGICAS

ANO LETIVO

**DECLARAÇÃO DE AUTORECONHECIMENTO INDÍGENA**

SEM. LETIVO

Eu, \_\_\_\_\_,  
identidade nº \_\_\_\_\_, órgão expedidor \_\_\_\_\_,  
natural de \_\_\_\_\_, estado \_\_\_\_\_,  
nascido em \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 19\_\_\_\_, filho(a) de \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_,  
me autoreconheço como indígena da etnia \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Candidato(a)

**Este documento deverá ser apresentado também no ato da matrícula caso o(a) candidato(a) seja aprovado(a).**