



INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO CEARÁ
Rua Jorge Dumar, 1703 - Bairro Jardim América - CEP 60410-426 - Fortaleza - CE - www.ifce.edu.br

EDITAL Nº 12/2025 CREAD/GABR/REITORIA-IFCE

SELEÇÃO DE PROFESSOR(A) FORMADOR(A) PARA A UNIVERSIDADE ABERTA DO BRASIL NO IFCE

ANEXO VI - AUTODECLARAÇÃO DE VAGAS RESERVADAS PARA AÇÕES AFIRMATIVAS

A fim de participar deste processo seletivo na modalidade de concorrência **Ações Afirmativas**, em observância à Portaria Capes nº 309, de 27 de setembro de 2024, eu, _____ [nome completo da pessoa candidata], inscrito(a) no Cadastro de Pessoas Físicas – CPF sob o nº _____, subscrevo a seguinte autodeclaração [**somente UMA das autodeclarações abaixo poderá ser escolhida**]:

() **declaro que sou pessoa negra** da cor _____ [indicar "preta" ou "parda"] e autorizo a obtenção da minha imagem através de fotos e vídeo, tendo conhecimento de que poderei ser convocado(a) para processo de heteroidentificação que, por meio da análise de fenótipo, avaliará a veracidade desta autodeclaração, conforme Instrução Normativa MGI nº 23/2023.

() **declaro que sou pessoa indígena**, anexando ao processo de inscrição esta autodeclaração e UM dos documentos especificados abaixo:

- I - declaração de minha comunidade sobre minha condição de pertencimento étnico, assinada por pelo menos três lideranças indígenas reconhecidas, junto com a cópia do documento de identidade e CPF de cada uma das lideranças; **OU**
- II - digitalização da via original do Registro Administrativo de Nascimento de Indígena (RANI).

() **declaro que sou pessoa com deficiência (PcD)**, anexando ao processo de inscrição esta autodeclaração e UM dos documentos especificados abaixo:

- I - LAUDO MÉDICO (em arquivo nato digital ou digitalização da via original) de especialista contendo as seguintes informações: 1) nome completo e legível da pessoa candidata, assim como seu número de Cadastro de Pessoa Física – CPF; 2) descrição da espécie e do grau ou nível da deficiência da pessoa candidata, com expressa referência ao comprometimento/dificuldades no desenvolvimento de funções e nas atividades diárias, e indicando o código correspondente da Classificação Internacional de Doenças (CID), em atendimento ao disposto no §1º do art. 2º da Lei nº 13.146/2015 e no art. 3º do Decreto nº 11.063/2022; 3) nome legível, carimbo, assinatura, especialização e registro no Conselho Regional de Medicina – CRM ou Registro no Ministério da Saúde – RMS atualizado do(a) médico(a) que forneceu o laudo; **OU**
- II - comprovante de beneficiário(a) de Benefício de Prestação Continuada (BPC) do Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário (MDSA)/Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), específico para pessoas com deficiência, caso a pessoa candidata receba o benefício.

() **declaro que sou pessoa** _____ [indicar “transgênero”, “transexual” ou “travesti”], anexando ao processo de inscrição esta autodeclaração e a documentação especificada abaixo:

- I - declaração de anuência expedida por organizações dos direitos da população LGBTQIAPN+,