

ANEXO V – AUTODECLARAÇÃO DE COR E ETNIA**IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE:**

Nome: _____
Cargo: _____ Nº Inscrição:
CPF Nº: - Telefone: () -

DECLARAÇÃO

Declaro, sob as penas da lei, que sou preto (a) ou pardo (a), conforme o quesito cor ou raça utilizado pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, e me enquadro nas vagas reservadas aos negros, atendendo ao estabelecido no item 4 do Edital nº 001/2018 do Concurso Público do Conselho Regional de Farmácia do Acre e na Lei Federal nº 12.990/2014.

Declaro estar ciente de que a veracidade das informações e documentações apresentadas é de minha inteira responsabilidade, podendo a Comissão do Concurso Público, em caso de fraude, omissão, falsificação, declaração inidônea, ou qualquer outro tipo de irregularidade, proceder ao cancelamento da inscrição e automaticamente a minha eliminação do certame, conforme disposto na Lei Federal nº 12.990/2014, podendo também adotar medidas legais contra minha pessoa, inclusive as de natureza criminal, em consonância com o Código Penal.

Declaro também estar ciente de que, no caso de aprovação no referido certame, nos termos da Portaria Normativa nº 04/2018 da Secretaria de Gestão de Pessoas do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, ficarei sujeito ao Processo de Heteroidentificação, com a finalidade de comprovação da condição autodeclarada por mim.

Por fim, **declaro** concordar com a divulgação de minha condição de optante pelas vagas reservadas aos negros.

Em ____ / ____ / ____

Assinatura do Candidato

Justificativa: