

ANEXO VI – TERMO DE DESISTÊNCIA DA AUTODECLARAÇÃO DE COR E ETNIA**IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE:**

Nome: _____

Cargo: _____

Nº Inscrição: CPF Nº: - Telefone: () - **DECLARAÇÃO**

DECLARO, nos termos da Portaria Normativa nº 04/2018 da Secretaria de Gestão de Pessoas do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, que **DESISTO** de concorrer às vagas reservadas a candidatos negros, ofertadas pelo Concurso Público do Conselho Regional de Farmácia do Acre, regido pelo Edital nº 001/2018.

DECLARO também estar ciente de que concorrerei somente às vagas de ampla concorrência, resguardando os direitos, se aplicável, das Pessoas com Deficiência.

Por fim, **declaro ciência de que não posso solicitar novamente** meu enquadramento nas vagas reservadas aos candidatos negros, em observância ao Edital que rege o referido certame.

Em ____ / ____ / ____

Assinatura do Candidato

Para uso exclusivo da Inaz do Pará

 Deferido Indeferido**Justificativa:**