

## ANEXO I

### AUTODECLARAÇÃO ÉTNICO-RACIAL

EDITAL N.º \_\_, DE \_\_ DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_

À Comissão Organizadora do processo seletivo regido pelo Edital nº \_\_/\_\_\_\_ para  
\_\_\_\_\_ Instituto Federal de Educação,  
Ciência e Tecnologia de São Paulo.

|                          |           |
|--------------------------|-----------|
| Nome do(a) Candidato(a): |           |
| CPF:                     | RG:       |
| E-mail:                  | Telefone: |

Declaro que sou \_\_\_\_\_ [*negro (preto ou pardo) ou indígena*], para o fim específico de atender ao Item \_\_\_\_ do Edital \_\_\_\_\_ N.º \_\_/\_\_\_\_, bem como estou ciente de que se for detectada falsidade desta declaração, estarei sujeito às penalidades legais, inclusive de eliminação deste processo seletivo, em qualquer fase, e de anulação de minha matrícula caso tenha sido matriculado após procedimento regular, em que sejam assegurados o contraditório e a ampla defesa.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) candidato (a)

## ANEXO II

### AUTODECLARAÇÃO DE PERTENCIMENTO ÉTNICO (PARA CANDIDATO/A QUILOMBOLA)

Eu \_\_\_\_\_, cadastrado/a no CPF sob o nº \_\_\_\_\_

RG Nº \_\_\_\_\_ residente e domiciliado à (Endereço completo)

\_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Município \_\_\_\_\_  
Estado \_\_\_\_\_, autodeclaro para fins de inscrição no Processo Seletivo Edital  
nº \_\_\_\_\_ que sou quilombola e pertencço a Comunidade  
\_\_\_\_\_ (nome da Comunidade quilombola) localizada no município  
\_\_\_\_\_, Estado \_\_\_\_\_.

As lideranças comunitárias abaixo identificadas, da Comunidade Quilombola

\_\_\_\_\_ (nome da Comunidade  
Quilombola), declaram, para fins de inscrição no Processo Seletivo Edital  
nº \_\_\_\_\_ que \_\_\_\_\_ o(a)  
candidato/a \_\_\_\_\_ (nome  
completo), cadastrado(a) no CPF sob o nº \_\_\_\_\_, é quilombola  
pertencente \_\_\_\_\_ ao \_\_\_\_\_ Quilombo  
\_\_\_\_\_ (nome do quilombo ao qual  
pertence) localizado na/no (Endereço completo) \_\_\_\_\_  
CEP: \_\_\_\_\_ no município \_\_\_\_\_, Estado \_\_\_\_\_ e,  
mantendo laços familiares, econômicos, sociais e culturais com nossa comunidade.

Declaram ainda, que são lideranças reconhecidas da comunidade quilombola onde o candidato/a  
quilombola mencionado acima é pertencente.

Por ser expressão da verdade, firmamos e datamos a presente declaração.

\_\_\_\_\_  
Local e data (Informar a Cidade, o Estado e o dia, mês e ano da emissão)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do candidato/a

PRESIDENTE E/OU COORDENADOR/A DA ASSOCIAÇÃO OU LIDERANÇA 1

Nome completo: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

LIDERANÇA 2

Nome completo: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

LIDERANÇA 3

Nome completo: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

### ANEXO III

#### DECLARAÇÃO PARA CONCORRER ÀS VAGAS RESERVADAS ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

EDITAL N.º \_\_\_, DE \_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_

À Comissão Organizadora do processo seletivo regido pelo Edital nº \_\_\_/\_\_\_ para o curso de \_\_\_\_\_, do Campus \_\_\_\_\_, do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo.

|                          |           |
|--------------------------|-----------|
| Nome do(a) Candidato(a): |           |
| CPF:                     | RG:       |
| E-mail:                  | Telefone: |

Declaro que estou ciente de todas as exigências para concorrer às vagas destinadas às Pessoas com Deficiência, bem como, estou ciente de que se for detectada incongruência ou insuficiência da condição descrita no laudo médico, conforme estabelecido na Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015, no art. 4º do Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, alterado pelo Decreto nº 5.296/04, no art. 1º da Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012 (Transtorno do Espectro Autista), concorrerei apenas às vagas referentes à ampla concorrência, e também estarei sujeito, a qualquer tempo, às medidas legais cabíveis.

**OBSERVAÇÃO:** O laudo médico deverá ser legível, em formato PDF, atestar a espécie e o grau ou nível da deficiência, com CID, conter o nome do médico especialista, a assinatura e CRM. Caso contrário, o laudo pode não ser considerado válido.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) candidato (a)

## ANEXO IV

### REQUERIMENTO DE INCLUSÃO E USO DO “NOME SOCIAL”

EDITAL N.º \_\_\_\_\_, DE \_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_, RG nº: \_\_\_\_\_, UF emissor: \_\_\_\_\_,  
Data de nascimento: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, Número: \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, Bairro: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
CEP: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_  
Inscrito no processo seletivo para discentes do IFSP (EDITAL Nº \_\_\_\_\_), para o curso/campus \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, SOLICITO a  
inclusão e uso do “nome social” \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE:** Ao assinar este requerimento, o(a) candidato(a) declara sua expressa concordância em relação ao enquadramento de sua situação. As informações aqui prestadas são de inteira responsabilidade do(a) candidato(a), que poderá responder judicialmente em caso de apresentação de dados comprovadamente falsos.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) candidato (a)

ANEXO V

DECLARAÇÃO DE INSCRIÇÃO CONDICIONAL

EDITAL N.º \_\_\_\_\_, DE \_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_, RG nº: \_\_\_\_\_, UF emissor: \_\_\_\_\_,

Data \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Nascimento: \_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, Número: \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_.

**DECLARO** que estou concluindo minhas atividades de graduação e me comprometo, em caso de aprovação no processo seletivo, a apresentar no ato da matrícula cópia do Diploma registrado de graduação em nível superior em curso reconhecido pelo MEC ou Atestado de Conclusão de Curso ou Certificado de Conclusão de Curso. **DECLARO** que estou ciente de que a falta do documento comprobatório de conclusão de curso de graduação, nos termos aqui referidos, no ato da matrícula, implicará em perda da vaga. **DECLARO** que estou ciente da obrigatoriedade de apresentar, ao longo do curso de especialização, o diploma registrado de graduação e estou ciente de que esse documento é condição necessária para a expedição do certificado do curso.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) candidato (a)

## ANEXO VI

### DECLARAÇÃO DE QUITAÇÃO ELEITORAL

EDITAL N.º \_\_\_\_\_, DE \_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_

Eu, \_Rosangela\_\_\_\_\_, Data de nascimento  
\_/\_/\_\_\_\_, filho de (Nome completo da mãe) \_\_\_\_\_ e (Nome completo do pai)  
\_\_\_\_\_, portador do CPF N.º. \_\_\_\_\_, RG N.º. \_\_\_\_\_,  
Título de Eleitor n.º. \_\_\_\_\_, Zona \_\_\_\_\_ Seção \_\_\_\_\_, declaro que estou quite  
com a justiça eleitoral na presente data.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.  
Local Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) candidato (a)

## ANEXO VII

### DECLARAÇÃO DE ENDEREÇO

EDITAL N.º \_\_\_\_\_, DE \_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_ Órgão Exped. \_\_\_\_\_, DECLARO para os  
devidos fins, \_\_\_\_\_ ser residente e domiciliado à  
\_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, Cidade \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, UF \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_,

Por ser verdade, dato e assino o presente documento, declarando estar ciente de que responderei criminalmente em caso de falsidade das informações aqui prestadas, conforme os termos da Lei nº 7.115/1983.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Local

Data

\_\_\_\_\_

Assinatura do (a) candidato (a)

## ANEXO VIII

### INTERPOSIÇÃO DE RECURSO

EDITAL N.º \_\_, DE \_\_ DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_, portador do RG nº \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, candidato(a) a uma vaga no Curso de Especialização em \_\_\_\_\_, apresento recurso junto à Comissão Organizadora contra o resultado da etapa \_\_\_\_\_.

Os argumentos com os quais contesto a referida decisão são:

---

---

---

---

---

---

---

Se necessário, anexe documentos, referências e/ou outras fontes externas, listando-os a seguir:

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) candidato(a)

**ANEXO IX**  
**FICHA DE INSCRIÇÃO**

**NÃO SE APLICA, A FICHA DE INSCRIÇÃO É ONLINE**

## ANEXO X

### REQUERIMENTO DE GUARDA RELIGIOSA

Nome Completo: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Nome Social: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Matrícula: \_\_\_\_\_

Eu (nome do aluno(a)/candidato(a))

SOLICITO:

( ) atendimento específico, nos termos deste Edital, em vista da minha guarda religiosa.

( ) dispensa do comparecimento e da realização de atividades acadêmicas em vista da minha guarda religiosa e atribuição de prestações alternativas conforme os termos do Art 7º da Lei 9.394/1996.

DECLARO, sob penas legais, que as informações aqui prestadas são verdadeiras, e que estou ciente de que a falsidade dessa declaração configura crime passível de apuração na forma da Lei.

Documentação a ser apresentada - **DECLARAÇÃO DE GUARDA RELIGIOSA (Anexo XI)**, emitida a até 30 dias por autoridade religiosa competente, em arquivo PDF, em que conste minimamente: a) declaração de que o estudante é membro/praticante da religião; b) indicação do(s) dia(s) de guarda, ou seja, dias nos quais seja vedado assistir aulas ou realizar atividades acadêmicas.

Cidade, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

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

## ANEXO XI

### MODELO DE DECLARAÇÃO DE GUARDA RELIGIOSA

Identificação da organização religiosa: \_\_\_\_\_

Eu \_\_\_\_\_ (nome do líder da organização religiosa) com CPF nº \_\_\_\_\_, na qualidade de \_\_\_\_\_ (apontar a posição que ocupa, exemplo: Pastor, Rabino, Presidente da Casa) sob as penas da lei, DECLARO, a quem possa interessar, que \_\_\_\_\_ (Nome do Candidato) \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, é fiel membro da \_\_\_\_\_ (identificar da organização religiosa) e que pratica a guarda religiosa como preceito de sua fé no(s) dia(s)/período \_\_\_\_\_.

Declaro que as informações acima são verdadeiras e estou ciente de estar sujeito às penas da legislação pertinente caso tenha afirmado falsamente os dados preenchidos.

Cidade, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do Pastor ou Rabino)

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