**AUTODECLARAÇÃO DE PESSOA COM VULNERABILIDADE SOCIAL**

Eu, [**Nome Civil Completo do Declarante/Nome Civil Completo da Declarante**], CPF [**número do CPF**], para fins de concorrência à bolsa de estudos integral do Edital 07/2024 do Programa de Pós-graduação em Ciências da Linguagem da Universidade do Sul de Santa Catarina, DECLARO que

1. [copiar e colar uma das opções abaixo];

2. anexei à inscrição meu registro no “Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal” (<https://cadunico.dataprev.gov.br/>);

3. estou ciente de que, caso seja [selecionado/selecionada] para o preenchimento da vaga destinada às políticas de ações afirmativas e de equidade, minha autodeclaração poderá ser validada, pela Comissão de Bolsas, mediante entrevista presencial ou remota a ser gravada em vídeo, que poderá ser usada no recurso a eventual indeferimento da autodeclaração;

4. estou ciente de que a prestação de informação falsa, apurada posteriormente ao ingresso no Programa, em procedimento que me assegure o contraditório e a ampla defesa, ensejará o cancelamento da bolsa, sem prejuízo das sanções penais eventualmente cabíveis.

[Nome da Cidade, (UF)], [dia] de [mês por extenso] de [ano]

[Assinatura]

*Aceita-se assinatura digital através do site* [*https://www.gov.br/governodigital/pt-br/identidade/assinatura-eletronica*](https://www.gov.br/governodigital/pt-br/identidade/assinatura-eletronica)*.*

[Nome Completo do/da Requerente]

*Preencha ou escolha as opções entre colchetes, elimine os colchetes e apague todas as instruções, inclusive essa.*

1. pertenço à comunidade remanescente de quilombo;

2. pertenço à comunidade de ciganos;

3. sou pessoa com condição de refúgio reconhecida pelo Comitê Nacional para os Refugiados (CONARE) ou órgão federal competente;

4. sou pessoa com solicitação de refúgio junto ao Comitê Nacional para os Refugiados (CONARE) ou órgão federal competente;

5. sou pessoa portadora de visto humanitário;

6. sou pessoa ingressante no país em decorrência de reunião familiar;

7. sou pessoa trans ([travesti/transexual/transgênero]), desejando ser [tratado/tratada] por [**Nome Social Completo do Declarante/ Nome Social Completo da Declarante**];

8. pertenço a grupo familiar atendido pelo Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal.

*Preencha ou escolha as opções entre colchetes, elimine os colchetes, apague todas as instruções, inclusive essa, e salve o arquivo assinado em PDF.*