

ANEXO I

DECLARAÇÃO DE DISPONIBILIDADE DE CARGA HORÁRIA (para docentes)

DECLARO para todos os fins de direito que o(a) docente
....., Matrícula SIAPE, possui a carga horária
de horas registradas no Centro
para o desenvolvimento de atividades no PROGRAMA AFIRMASUS, conforme Plano
Acadêmico de distribuição de carga horária semanal docente.

Cruzeiro do Sul, ____ de _____ de 2025.

Diretor de Centro
(assinatura eletrônica)

ANEXO II

DECLARAÇÃO DE DISPONIBILIDADE DE CARGA HORÁRIA (para estudantes)

Eu,, estudante regularmente matriculado(a) no Curso de Graduação, Campus Floresta, da Universidade Federal do Acre (UFAC), Matrícula Nº, DECLARO, para os devidos fins, que possuo disponibilidade de 12 (doze) horas semanais para participar das atividades previstas no Projeto “**Promoção da equidade no SUS para populações vulnerabilizadas no contexto amazônico**”, incluindo reuniões, formações, ações comunitárias, atividades de pesquisa, ensino e extensão, durante o período de 24 meses de vigência do Programa conforme edital AFIRMASUS.

Declaro, ainda, estar ciente de que a participação no referido Projeto exige comprometimento com as atividades propostas e cumprimento da carga horária definida pelo Grupo AFIRMASUS ao qual estou vinculado(a).

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

Cruzeiro do Sul, ____ de _____ de 2025.

(Assinatura do/a candidato/a)

ANEXO III

AUTODECLARAÇÃO RACIAL
(Candidatos PPI)

Eu, (nome do/a candidato/a) , portador da CIN/ CPF nº
....., DECLARO ser:

() Preta/o () Parda/o () Indígena para fins de
ocupar vaga reservada para pessoa preta, parda ou indígena.

Declaro ainda, estar ciente de que:

- 1) As vagas reservadas destinam-se às pessoas que sejam socialmente reconhecidas, como pretas, pardas ou indígena, não sendo suficiente minha identificação pessoal e subjetiva apenas;
- 2) As informações prestadas são de minha inteira responsabilidade, podendo eu responder legalmente no caso de falsidade das referidas informações, a qualquer momento, o que acarretará a minha eliminação do processo, sem prejuízo de outras sanções cabíveis.
- 3) Se for detectada a falsidade desta declaração, estarei sujeito às penalidades legais, inclusive de eliminação desta vaga, em qualquer fase, e de anulação de minha contratação após procedimento administrativo regular, em que sejam assegurados o contraditório e a ampla defesa.

Cruzeiro do Sul, ____ de _____ de 2025.

(Assinatura do/a candidato/a)

ANEXO IV

TERMO DE AUTODECLARAÇÃO DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA (Candidatos PcD)

(nome do/a candidato/a)

Eu,, portador da CIN/CPF nº, para fins de ocupar vaga reservada, declaro ser pessoa com deficiência de natureza:

- ☐ Deficiência física
- ☐ Deficiência Visual: baixa-visão
- ☐ Deficiência Visual: ☐ cegueira ☐ Visão monocular
- ☐ Deficiência Mental/Intelectual
- ☐ Deficiências Múltiplas
- ☐ Deficiência Auditiva
- ☐ Surdez (usuário da LIBRAS)
- ☐ Transtorno do Espectro Autista (TEA)

Declaro estar ciente de que:

- 1) Esse termo está de acordo com o documento de avaliação biopsicossocial ou relatório médico devidamente anexado a essa declaração.
- 2) As informações prestadas são de minha inteira responsabilidade, podendo eu responder legalmente no caso de falsidade das referidas informações, a qualquer momento, o que acarretará a minha eliminação do processo, sem prejuízo de outras sanções cabíveis.
- 3) Se for detectada a falsidade desta declaração, estarei sujeito às penalidades legais, inclusive de eliminação desta vaga, em qualquer fase, e de anulação de minha contratação após procedimento administrativo regular, em que sejam assegurados o contraditório e a ampla defesa.

Cruzeiro do Sul, ____ de _____ de 2025.

(Assinatura do/a candidato/a)

ANEXO V

DECLARAÇÃO DE RECONHECIMENTO COMO TRANS (TRANSEXUAL, TRANSGÊNERO, TRAVESTI)

DECLARO, para fins de ocupar vaga reservada para pessoa trans, que eu,
(NOME SOCIAL ou NOME CIVIL)

....., brasileira,
(PROFISSÃO)
..... - residente no (ENDEREÇO COMPLETO),
..... CIN/CPF Nº, sou (TRANSEXUAL,
TRANSGÊNERO, TRAVESTI).

Declaro ainda ser ciente de que as informações aqui prestadas são de minha inteira responsabilidade e que no caso de declaração falsa ou de informações inverídicas, implicará no indeferimento da inscrição do(a) candidato(a) e que também estou sujeito(a) a qualquer tempo a penalidades legais (administrativas e penais).

Cruzeiro do Sul, ____ de _____ de 2025.

(Assinatura do/a candidato/a)

ANEXO VI

DECLARAÇÃO DE VÍNCULO INSTITUCIONAL

(docentes e trabalhadores da saúde)

DECLARO, para os devidos fins, que o(a) servidor(a)/colaborador(a) abaixo identificado(a) possui vínculo institucional com esta **[Universidade Federal do Acre (UFAC) / instituição/serviço de saúde]**, conforme informações a seguir:

Nome:

CPF:

Cargo/Função:

Setor/Departamento/Unidade:

Vínculo: () Efetivo(a) () Substituto(a) () Colaborador(a) () Residente

() Outro: _____

Regime de trabalho:

Declaro, ainda, que o(a) referido(a) servidor(a) exerce suas atividades nesta instituição desde ____/____/_____, mantendo vínculo ativo até a presente data.

Esta declaração é emitida para fins de **comprovação de vínculo institucional**, atendendo às exigências do **EDITAL PROGRAD/CLAA-AFIRMASUS Nº 63/2025**.

Cruzeiro do Sul, ____ de _____ de 2025.

Nome e cargo da autoridade responsável

(Ex.: Diretor(a) de Centro / Coordenador(a) de Curso / Chefe de Unidade de Saúde)

Carimbo e assinatura

ANEXO VII

TERMO DE COMPROMISSO E CIÊNCIA DO(A) ESTUDANTE

Eu, _____, CPF nº _____, matrícula nº _____, estudante regularmente matriculado(a) no Curso de _____ da Universidade Federal do Acre (UFAC) – Campus Floresta, DECLARO, para os devidos fins, que:

1. Li e compreendi integralmente o EDITAL PROGRAD/CLAA-AFIRMASUS Nº 63/2025, referente ao Programa AFIRMASUS, e concordo com todas as normas e condições nele estabelecidas.
2. Comprometo-me a participar das atividades acadêmicas, formativas e/ou extensionistas previstas, contribuindo de forma responsável e ética para o alcance dos objetivos do Programa.
3. Assumo o compromisso de cumprir os prazos, as atribuições e as orientações da Coordenação do Programa, comunicando eventuais impedimentos de forma imediata e justificada.
4. Comprometo-me a respeitar os princípios éticos, de equidade, diversidade, inclusão e direitos humanos, bem como as normas institucionais da UFAC e das instituições parceiras envolvidas.
5. Estou ciente de que o descumprimento das atribuições e responsabilidades assumidas poderá implicar desligamento do Programa e, quando couber, devolução de valores eventualmente recebidos, conforme previsto em edital.
6. Autorizo o uso de minha imagem, voz e produções acadêmicas em registros, relatórios, materiais de divulgação e prestação de contas vinculados ao Programa, sem ônus de qualquer natureza.

Por ser expressão da verdade e para que produza seus efeitos legais, firmo o presente Termo de Compromisso e Ciência.

Cruzeiro do Sul, ____ de _____ de 2025.

(Assinatura do/a estudante)

ANEXO VIII

DECLARAÇÃO DE NÃO ACUMULAÇÃO DE BOLSAS

Eu, _____, CPF nº _____, matrícula (se houver) nº _____, vinculado(a) à [Universidade Federal do Acre (UFAC) / instituição/serviço de saúde] na condição de
() Estudante () Docente () Trabalhador(a) da Saúde,
lotado(a) no _____ Curso/Setor/Unidade: _____,

DECLARO, para os devidos fins, que:

1. **Não acumulo e não recebo simultaneamente** nenhuma outra **bolsa** proveniente de programas institucionais da UFAC ou de **agências públicas de fomento** (tais como CAPES, CNPq, FAPAC, FNDE, MEC, MS, SESu, entre outras), **salvo** nos casos expressamente **permitidos pela legislação vigente** e pelas **normas internas da Universidade**.
2. **Comprometo-me a comunicar imediatamente** à coordenação do Programa e à PROGRAD/UFAC caso venha a ser contemplado(a) com outra bolsa durante o período de vigência desta, para as providências cabíveis.
3. **Estou ciente** de que a **prestação de informação falsa ou omissa** implicará **cancelamento da bolsa** e aplicação das **sanções administrativas, civis e legais** cabíveis.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente **Declaração de Não Acumulação de Bolsas**.

Cruzeiro do Sul, ____ de _____ de 2025.

(Assinatura do/a candidato/a)