

Ministério da Educação  
Universidade Federal de Alfenas  
Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Bairro centro, Alfenas/MG - CEP 37130-001  
Telefone: (35) 3701-9242 - http://www.unifal-mg.edu.br

**AUTODECLARAÇÃO DE PESSOA TRANS**

Eu (nome completo)

|  |
| --- |
|  |

RG

|  |
| --- |
|  |

CPF

|  |
| --- |
|  |

Pessoa candidata na Universidade Federal de Alfenas ao Curso de

|  |
| --- |
|  |

Edital (número /ano. Exemplo: 001/2024)

|  |
| --- |
|  |

Declaro que sou **PESSOA TRANS (travesti, transexual ou transgênero, conforme se identifica)**:

|  |
| --- |
|  |

Declaro ainda estar ciente que, se for detectada falsidade na declaração, minha matrícula estará sujeita ao indeferimento e ao cancel/amento da mesma, bem como as penalidades previstas em lei.

E atendo aos requisitos conforme as categorias e os procedimentos estabelecidos pela Universidade, das quais tive acesso, dispostos na página <https://www.unifal-mg.edu.br/dips/vagas-remanescentes/> e concordo com as informações e procedimentos.

Informo que no ato da inscrição me autodeclarei para fins de concorrer à reserva de vagas às pessoas trans. Neste ato, ratifico a informação prestada na inscrição.

Ainda, neste ato, autorizoa obtenção da minha imagem através de fotos e vídeo e tenho conhecimento da convocação sobre o processo de ingresso, para fins de avaliação da minha autodeclaração.

Data e local (Cidade/Sigla UF, XX/XX/XXXX):

|  |
| --- |
|  |

Assinatura:

De preferência, assine com SouGov.Br: <https://www.gov.br/pt-br/servicos/assinatura-eletronica>