

ANEXO I - FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO

Nome completo do candidato:

Nome social * (opcional):

*Nome social: designação pela qual a pessoa travesti ou transexual se identifica e é socialmente reconhecida, conforme Decreto nº 8.727/2016, que dispõe sobre o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis e transexuais no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional.

Preferência de nome para uso institucional (Conforme Decreto nº 8.727/2016, que dispõe sobre o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis e transexuais no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional):

☐ Nome civil

☐ Nome social

Autodeclaração étnico-racial:

☐ Preto

☐ Pardo

☐ Indígena

☐ Amarelo

☐ Branco

☐ Prefiro não declarar

Você pertence a Comunidades Indígenas ou Quilombolas?

☐ Sim, a Comunidade Indígena.

☐ Sim, a Comunidade Quilombola.

☐ Não.

☐ Prefiro não declarar.

Identidade de gênero (Cisgênero: pessoa que se identifica com o gênero igual ao do sexo do nascimento. Transgênero: pessoa que se identifique com um gênero diferente do sexo de nascimento. Não binária: pessoa cuja identidade de gênero não se limita exclusivamente ao padrão masculino/feminino. Conforme Decreto nº 8.727/2016, que dispõe sobre o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis e transexuais no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional.)

☐ Cisgênero

☐ Transgênero

☐ Não-binária

☐ Outra:

☐ Prefiro não declarar.

Você é pessoa com deficiência?

☐ Sim. Especificar: _____ ☐ Não.	
Deseja concorrer às ações afirmativas: ☐ Sim. ☐ Não.	
Instituição do candidato:	
Área de atuação na instituição:	
Função que ocupa:	
Endereço da instituição:	
Ano de ingresso como servidor ou empregado público:	
Formação (Graduação e Pós-graduação):	
Endereço residencial completo/Cidade/UF:	
Telefones (com DDD):	E-mails Institucional: Outro:
RG:	CPF:
DECLARAÇÕES DO CANDIDATO Declaro necessitar de condições especiais para realização da prova: ☐ Sim. Especificar quais: _____ ☐ Não. Declaro que estou de acordo com os termos do Edital de Seleção do Mestrado Profissional em Preservação do Patrimônio Cultural do Iphan – 2026 – Servidores e Empregados Públicos dos Quadros Permanentes Federais, Estaduais, Distritais e Municipais – Cargos de Nível Superior. ____/____/_____, Data Assinatura do candidato	