



ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
MUNICÍPIO DE CASTELO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ANEXO III

DECLARAÇÃO ÉTNICO RACIAL

Eu, _____, RG _____, CPF _____, **DECLARO**, para atendimento do disposto na Lei nº 14.553, de 20 de Abril de 2023, como pertencente ao segmento étnico e racial: () Branca () Negra () Parda () Amarela () Indígena. Por ser expressão da verdade, firmo e assino a presente para que a mesma produza seus efeitos legais e de direito, estando ciente de que poderei responder legalmente pela informação prestada.

Castelo, _____ de _____ de _____

Assinatura