
ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTADAS

GABINETE DO PREFEITO
ANEXO V DECLARAÇÃO PESSOA COM DEFICIÊNCIA

ANEXO V
DECLARAÇÃO PESSOA COM DEFICIÊNCIA

(Para agentes culturais concorrentes às cotas destinadas a pessoas com deficiência)

Eu, _____, CPF nº _____, RG nº _____, DECLARO para fins de participação no Edital (Nome do edital) Nº /2024, do Município de Montadas-PB que sou pessoa com deficiência, conforme laudo médico atualizado, em anexo.

Por ser verdade, assino a presente declaração e estou ciente de que a apresentação de declaração falsa pode acarretar desclassificação do edital e aplicação de sanções criminais.

NOME
ASSINATURA DO DECLARANTE

Publicado por:
Gilson Santiago
Código Identificador:9C856994

Matéria publicada no Diário Oficial dos Municípios do Estado da Paraíba no dia 06/11/2024. Edição 3740
A verificação de autenticidade da matéria pode ser feita informando o código identificador no site:
<https://www.diariomunicipal.com.br/famup/>