

SECRETARIA DE ESTADO  
DA CULTURA



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**



MINISTÉRIO DA  
CULTURA



## **ANEXO 1 - AUTODECLARAÇÃO PARA AÇÃO AFIRMATIVA**



### AUTODECLARAÇÃO DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA - PCD

Eu, \_\_\_\_\_,  
portadora do CPF nº \_\_\_\_\_ RG nº \_\_\_\_\_,  
Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_, residente e domiciliada  
Bairro \_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_,

DECLARO, para o fim específico de atender à documentação exigida pelo EDITAL LPG REGIONAL DE CULTURA, que sou PESSOA COM DEFICIÊNCIA - PCD, comprometendo-me a comprovar tal condição perante a SECRETARIA DE ESTADO DA CULTURA, quando solicitada, no que se refere à reserva de vagas deste Edital. Declaro também que as informações prestadas nesta declaração são de minha inteira responsabilidade, estando ciente de que, em caso de falsidade ideológica ou não comprovação da deficiência, estarei sujeita às penalidades previstas no Código Penal Brasileiro, bem como a classificação e premiação será tornada sem efeito. Esta declaração tem validade apenas para o processo seletivo acima indicado.

(Local e data) \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 2023.

Assinatura do(a) Proponente

*(Igual ou similar ao documento de identificação)*



## DOCUMENTAÇÃO REQUISITADA PARA VERIFICAÇÃO

**Pessoa com Deficiência:** É solicitada a Autodeclaração de Pessoa com Deficiência - PCD (Anexo 1), e anexar laudo médico, com imagem legível e em formato digital, emitido nos últimos 24 (vinte e quatro) meses, contado da data de publicação deste Edital, atestando a espécie e o grau ou nível da deficiência, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), contendo a assinatura e o carimbo do(a) médico(a) com o número de sua inscrição no Conselho Regional de Medicina (CRM).