



ESTADO DO CEARÁ  
PREFEITURA MUNICIPAL DE BARROQUINHA  
SECRETARIA MUNICIPAL DA CULTURA

**ANEXO VIII**

**AUTODECLARAÇÃO DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA**

Eu, \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_, DECLARO ser Pessoa com Deficiência \_\_\_\_\_ (informar natureza da deficiência), para fins de participação no EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 02/2024-SECULT-BARROQUINHA-CE, PARA SELEÇÃO DE PROJETOS PARA FIRMAR TERMO DE EXECUÇÃO CULTURAL COM RECURSOS DA LEI COMPLEMENTAR 195/2022 (LEI PAULO GUSTAVO) – DEMAIS ÁREAS.

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

DATA

