

SECRETARIA DE ESTADO
DA CULTURA



GOVERNO
DA PARAÍBA



MINISTÉRIO DA
CULTURA



ANEXO 1 - AUTODECLARAÇÃO PARA AÇÕES AFIRMATIVAS



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)



AUTODECLARAÇÃO ÉTNICO-RACIAL

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, conforme o quesito raça ou cor utilizado pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) que sou () NEGRA, ou () INDÍGENA, ou () CIGANA, ou () QUILOMBOLA, 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 são de minha inteira responsabilidade, estando ciente de que, em caso de falsidade ideológica, 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 Negra: deverá preencher e assinar a autodeclaração Étnico-Racial.

Pessoa Indígena: Se já estiver registrado(a) civilmente como indígena, poderá apresentar o registro civil comprovando sua identidade. Caso não possua registro civil como indígena, há outras opções. Poderá apresentar o Registro Administrativo de Nascimento Indígena - RANI, que é expedido pela Fundação Nacional dos Povos Indígenas. Caso não tenha o RANI, ainda é possível comprovar a pertença étnica por meio de uma Declaração de Pertencimento Étnico. Esta declaração deve ser assinada pelo Cacique local e pelo Cacique Geral, validando assim a origem indígena do proponente. Adicionalmente, é requerida uma autodeclaração Étnico-Racial (Anexo III), que deve ser preenchida pelo próprio proponente como parte do processo de comprovação de sua identidade indígena.

Pessoa Cigana: É exigida uma declaração que contenha duas assinaturas provenientes de comunidades ciganas, lideranças ou associações ciganas, atestando a pertença étnica do proponente. Além disso, é obrigatória a apresentação da autodeclaração Étnico-Racial (Anexo III), que deve ser preenchida pelo próprio proponente, fornecendo mais informações sobre sua identidade cigana.

Pessoa Quilombola: É solicitada uma declaração de pertencimento à comunidade, a qual deve ser assinada por duas lideranças da comunidade vinculadas à associação local. Além disso, é obrigatória a entrega da autodeclaração Étnico-Racial (Anexo III), preenchida pelo próprio proponente.

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).