

ANEXO 1 - AUTODECLARAÇÃO PARA AÇÕES AFIRMATIVAS

DOCUMENTAÇÃO REQUISITADA PARA VERIFICAÇÃO

Pessoa cigana: É exigida uma **Declaração Coletiva de Pertencimento Étnico (Anexo 1)** que contenha três assinaturas provenientes de membros de comunidades ciganas ou a assinatura de dirigente de associação/organização cigana com sede e atuação na Paraíba, atestando a pertença étnica do proponente. Além disso, é obrigatória a apresentação da **Autodeclaração Étnico-Racial (Anexo 1)**, que deve ser preenchida pelo próprio proponente, fornecendo mais informações sobre sua identidade cigana.

Organização/associações/entidades ciganas: Para as organizações, associações e entidades com constituição jurídica com sede e atuação nas comunidades ciganas na Paraíba, dirigidas por pessoas ciganas, é solicitado uma **Declaração Coletiva de Pertencimento Étnico (Anexo 1)** que deve ser assinada por três membros da comunidade cigana do território que a organização atua. Somado a esta declaração é requerido a apresentação da **Autodeclaração Étnico-Racial (Anexo 1)**, que deve ser preenchida pelo próprio representante legal da organização/associação/entidade, como parte do processo de comprovação de sua identidade cigana.

Grupos e coletivos informais ciganos: : Para os coletivos e grupos sem constituição jurídica que atuam em atividades culturais dentro das comunidades ciganas, coordenados e compostos em sua maioria por pessoas ciganas, é solicitada uma **Declaração Coletiva de Pertencimento Étnico (Anexo 1)**, assinada por três membros da comunidade cigana do território que o grupo ou coletivo atua. Além disso, é obrigatória a entrega da **Autodeclaração Étnico-Racial (Anexo 1)**, preenchida pelo próprio representante do grupo ou coletivo cultural cigano.

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). Além disso, é solicitado a apresentação da **Autodeclaração Étnico-Racial (Anexo 1)**, que deve ser preenchida pelo próprio proponente, fornecendo mais informações sobre sua identidade étnica.

AUTODECLARAÇÃO ÉTNICO-RACIAL

Eu, _____, portador(a) do CPF nº _____, RG nº _____, Órgão Expedidor: _____, residente e domiciliada na Rua/Avenida/Comunidade _____, Bairro _____, na cidade de _____, UF: _____, CEP nº _____. DECLARO, para o fim específico de atender à documentação exigida pelo EDITAL “**PRÊMIO PARAÍBA CIGANA**”, conforme o quesito raça ou cor utilizado pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) que sou pessoa **CIGANA**, 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 2024.

Assinatura do(a) Proponente
(Igual ou similar ao documento de identificação)

DECLARAÇÃO COLETIVA DE PERTENCIMENTO ÉTNICO – PESSOA CIGANA

Declaramos para o devido fim específico de atender à documentação exigida pelo EDITAL “PRÊMIO PARAÍBA CIGANA”, que _____ é reconhecida como pessoa **CIGANA**, pertencente à **Comunidade Cigana** _____, localizada no município de _____ UF: _____.

Nos comprometemos a comprovar tal condição perante a SECRETARIA DE ESTADO DA CULTURA, quando solicitada, no que se refere à reserva de vagas deste Edital. Declaramos também que as informações prestadas são de nossa 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 2024.

Assinatura de membro da Comunidade Cigana
(Iguar ou similar ao documento de identificação)

Número de CPF: - _____

Contato telefônico: () _____

Assinatura de membro da Comunidade Cigana
(Iguar ou similar ao documento de identificação)

Número de CPF: - _____

Contato telefônico: () _____

Assinatura de membro da Comunidade Cigana
(Iguar ou similar ao documento de identificação)

Número de CPF: - _____

Contato telefônico: () _____

DECLARAÇÃO COLETIVA DE PERTENCIMENTO ÉTNICO – PESSOA CIGANA

Declaramos para o devido fim específico de atender à documentação exigida pelo EDITAL “PRÊMIO PARAÍBA CIGANA”, que _____ é reconhecida como pessoa **CIGANA**, pertencente à **Comunidade Cigana** _____, localizada no município de _____ UF: _____.

Nos comprometemos a comprovar tal condição perante a SECRETARIA DE ESTADO DA CULTURA, quando solicitada, no que se refere à reserva de vagas deste Edital. Declaramos também que as informações prestadas são de nossa 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 2024.

Assinatura de membro vinculado a diretoria da Organização/Associação/Entidade Cigana
(Igual ou similar ao documento de identificação)

Número de CPF: _____

Contato telefônico: (____) _____

Nome da Organização/Associação/Entidade Cigana

CNPJ: _____

Endereço da Sede da Associação/Organização: _____

Município: _____ UF: _____

Contato telefônico: (____) _____

DECLARAÇÃO COLETIVA DE PERTENCIMENTO ÉTNICO – ORGANIZAÇÕES CIGANAS COM CONSTITUIÇÃO JURÍDICA COM SEDE E ATUAÇÃO NAS COMUNIDADE CIGANAS NA PARAÍBA

Declaramos para o devido fim específico de atender à documentação exigida pelo EDITAL “**PRÊMIO PARAÍBA CIGANA**”, que _____ é reconhecida como **ORGANIZAÇÃO/ASSOCIAÇÃO/ENTIDADE**, com sede e atuação na **Comunidade Cigana** _____, localizada no município de _____ UF: _____, inscrita no CNPJ de nº _____. DECLARO que esta organização/associação/entidade apresenta atividades e ações que fortalecem a cultura cigana na Paraíba.

Nos comprometemos a comprovar tal condição perante a SECRETARIA DE ESTADO DA CULTURA, quando solicitada, no que se refere à reserva de vagas deste Edital. Declaramos também que as informações prestadas são de nossa 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 2024.

Assinatura de membro da Comunidade Cigana
(Iguar ou similar ao documento de identificação)
Número de CPF: - _____
Contato telefônico: (____) _____

Assinatura de membro da Comunidade Cigana
(Iguar ou similar ao documento de identificação)
Número de CPF: - _____
Contato telefônico: (____) _____

Assinatura de membro da Comunidade Cigana
(Iguar ou similar ao documento de identificação)
Número de CPF: - _____
Contato telefônico: (____) _____

DECLARAÇÃO COLETIVA DE PERTENCIMENTO ÉTNICO – GRUPOS E COLETIVOS CULTURAIS SEM CONSTITUIÇÃO JURÍDICA QUE ATUAM NAS COMUNIDADES CIGANAS DA PARAÍBA

Declaramos para o devido fim específico de atender à documentação exigida pelo EDITAL “**PRÊMIO PARAÍBA CIGANA**”, que _____ é reconhecida como **ORGANIZAÇÃO/ASSOCIAÇÃO/ENTIDADE**, com atuação na **Comunidade Cigana** _____, localizada no município de _____ UF: _____, inscrita no CNPJ de nº _____. DECLARO que esta organização/associação/entidade apresenta atividades e ações que fortalecem a cultura cigana na Paraíba.

Nos comprometemos a comprovar tal condição perante a SECRETARIA DE ESTADO DA CULTURA, quando solicitada, no que se refere à reserva de vagas deste Edital. Declaramos também que as informações prestadas são de nossa 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 2024.

Assinatura de membro da Comunidade Cigana
(Iguar ou similar ao documento de identificação)
Número de CPF: - _____
Contato telefônico: (____) _____

Assinatura de membro da Comunidade Cigana
(Iguar ou similar ao documento de identificação)
Número de CPF: - _____
Contato telefônico: (____) _____

Assinatura de membro da Comunidade Cigana
(Iguar ou similar ao documento de identificação)
Número de CPF: - _____
Contato telefônico: (____) _____

AUTODECLARAÇÃO DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA - PCD

Eu, _____, portador(a) do CPF nº _____, RG nº _____, Órgão Expedidor: _____, residente e domiciliada na Rua/Avenida/Comunidade _____, Bairro _____, na cidade de _____, UF: _____, CEP nº _____. DECLARO, para o fim específico de atender à documentação exigida pelo EDITAL “**PRÊMIO PARAÍBA CIGANA**”, que sou **PESSOA COM DEFICIÊNCIA - PCD**, anexo junto a esta autodeclaração o laudo médico exigido, 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 2024

Assinatura do(a) Proponente
(Iguar ou similar ao documento de identificação)