

ANEXO 1 - AUTODECLARAÇÃO PARA AÇÕES AFIRMATIVAS

DOCUMENTAÇÃO REQUISITADA PARA VERIFICAÇÃO

Pessoa quilombola: É solicitada uma **Declaração Coletiva de Pertencimento Étnico (Anexo 1)**, a qual deve ser assinada por membros vinculados a diretoria da Associação Quilombola do território de atuação do proponente. Além disso, é obrigatória a entrega da **Autodeclaração Étnico-Racial (Anexo 1)**, preenchida pelo próprio proponente.

Organizações/associações/entidades quilombolas: Para as associações que representam as Comunidades Quilombolas que constam no Cadastro Geral de Remanescente dos Quilombos é solicitado a Certidão de Autodefinição emitida pela Fundação Cultural Palmares – FCP. No caso das associações que representam as comunidades negras quilombolas que estão em processo de certificação, é solicitado a **Declaração Coletiva de Pertencimento Étnico (Anexo 1)** emitida pela Coordenação Estadual das Comunidades Negras e Quilombolas a Paraíba – CECNEQ – PB, atestando o andamento do processo de certificação. Adicionalmente é obrigatória a entrega da **Autodeclaração Étnico-Racial (Anexo 1)**, preenchida pelo representante legal da organização/associação/entidade quilombola.

Grupos e coletivos informais quilombolas: : Para os coletivos e grupos sem constituição jurídica que atuam em atividades culturais dentro das comunidades quilombolas, coordenados e compostos em sua maioria por pessoas quilombolas, é solicitada uma **Declaração Coletiva de Pertencimento Étnico (Anexo 1)**, a qual deve ser assinada por membros vinculados a diretoria da Associação Quilombola do território de atuação do proponente. Além disso, é obrigatória a entrega da **Autodeclaração Étnico-Racial (Anexo 1)**, preenchida pelo próprio representante do grupo ou coletivo cultural quilombola.

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). Adicionalmente, é requerida uma **Autodeclaração Étnico-Racial (Anexo 1)**, que deve ser preenchida pelo próprio proponente como parte do processo de comprovação de 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 QUILOMBOLA**”, conforme o quesito raça ou cor utilizado pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) que sou pessoa **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 2024.

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

DECLARAÇÃO COLETIVA DE PERTENCIMENTO ÉTNICO – PESSOA QUILOMBOLA

Declaramos para o devido fim específico de atender à documentação exigida pelo EDITAL “PRÊMIO PARAÍBA QUILOMBOLA”, que _____

é reconhecida como pessoa **QUILOMBOLA**, pertencente à **Comunidade Quilombola** _____, 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 Associação/Entidade Quilombola
(Iguar ou similar ao documento de identificação)

Número de CPF: _____

Contato telefônico: (____) _____

Nome da Associação/Entidade Quilombola
CNPJ: _____
Endereço da Sede da Associação/Organização: _____
Município: _____ UF: _____
Contato telefônico: (____) _____

DECLARAÇÃO COLETIVA DE PERTENCIMENTO ÉTNICO - ORGANIZAÇÕES QUILOMBOLAS EM PROCESSO DE CERTIFICAÇÃO DE AUTODEFINIÇÃO

Declaramos para o devido fim específico de atender à documentação exigida pelo EDITAL “**PRÊMIO PARAÍBA QUILOMBOLA**”, que _____ é reconhecida como ORGANIZAÇÃO/ASSOCIAÇÃO/ENTIDADE, representante da **Comunidade Quilombola** _____, localizada no município de _____ UF: _____, inscrita no CNPJ de nº _____. DECLARO que esta organização/associação/entidade está em processo de certificação de autodefinição no Cadastro Geral de Remanescente dos Quilombos, gerido pela Fundação Cultural Palmares – FCP.

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 à diretoria da Coordenação Estadual das Comunidades Negras e Quilombolas a Paraíba – CECNEQ – PB
(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 QUILOMBOLAS DA PARAÍBA

Declaramos para o devido fim específico de atender à documentação exigida pelo EDITAL “**PRÊMIO PARAÍBA QUILOMBOLA**”, que _____

é reconhecido como **GRUPO/COLETIVO**, atuante na **Comunidade Quilombola** _____, localizada no município de _____ UF: _____. DECLARO que este grupo/coletivo apresenta atividades e ações que fortalecem a cultura negra e quilombola 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 vinculado a diretoria da Associação/Entidade Quilombola
(Igual ou similar ao documento de identificação)

Número de CPF: _____
Contato telefônico: (____) _____

Nome da Associação/Entidade Quilombola
CNPJ: _____
Endereço da Sede da Associação/Organização: _____
Município: _____ UF: _____
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 QUILOMBOLA**”, 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
(Igual ou similar ao documento de identificação)