



Prefeitura da Cidade de Nova Iguaçu

Secretaria Municipal de Saúde - SEMUS

Serviço de Perícia Médica Municipal – Junta Médica Oficial

DECLARAÇÃO

Eu, _____, Portador(a) do R.G. nº _____, CPF nº _____, declaro que pertencço a grupo minoritário em termos de efetivação de direitos e me declaro pessoa com deficiência _____.

Estou ciente de que se considera pessoa com deficiência aquela que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas, nos termos do artigo 2º da Lei nº 13.146/2015, dos artigos 3º e 4º do Decreto nº 3.298/1999, do artigo 5º do Decreto nº 5.296/2004 e da Lei nº 12.764/2012. Diante disso autorizo divulgação da minha condição.

Local, Data.

Assinatura do candidato.

P R E F E I T U R A
NOVA IGUAÇU

PAM Dom Walmor

R. Dom Walmor, 234 – 5º andar, sl 507 - Centro, Nova Iguaçu - RJ, 26215-220