**AUTODECLARAÇÃO ASPECTOS AFIRMATIVOS**

Eu civilmente registrado(a) como \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, abaixo assinado, de nacionalidade \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nascido(a) em \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, no município \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Estado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente e domiciliado(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. CEP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ declaro para os devidos fins, que:

**Assinale abaixo os subcritérios nos quais você se enquadra:**

**( )** **GÊNERO FEMININO** (MULHER CIS OU TRANSGÊNERO)

**( ) PESSOA IDOSA.** Com idade igual ou superior a 60 anos, conforme Lei 10.741/2003 - Estatuto da Pessoa idosa

**( )** **PESSOA LGBTQIAPN+** me identifico como pessoa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, me enquadrando, portanto, na sigla LGBTQIA+. Estou ciente de que as informações declaradas neste documento serão divulgadas pela Prefeitura Municipal, de forma pública, nas publicações dos resultados oficiais deste edital e, em caso de falsidade ideológica, ficarei sujeito às sanções prescritas no Código Penal\*\* e às demais cominações legais aplicáveis.

**( )** **PESSOA EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIOECONÔMICA** declaro, nos termos da Lei n° 7.115/83, que me encontro em situação de vulnerabilidade socioeconômica, tendo em vista que a minha família enquadra-se em uma das seguintes condições:

1. possui renda mensal per capita (por pessoa) de até meio salário mínimo, ou

2. possui renda familiar mensal total de até três salários mínimos. Estou ciente que é de minha inteira responsabilidade a veracidade das informações prestadas neste documento.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 2025.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do(a) declarante