

## ANEXO IV

### DECLARAÇÃO DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Declaro para os devidos fins, que eu \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ inscrito no CPF \_\_\_\_\_ sou  
pessoa com deficiência conforme laudo médico em anexo e desejo exercer as  
atribuições compatíveis com minha deficiência e tenho disponibilidade para  
exercer a função voluntária de Assistente de Alfabetização do Programa Tempo  
de Aprender – Resolução nº 06, de 20 de abril de 2021 realizando as atribuições  
previstas neste Edital, e estando ciente da responsabilidade administrativa do  
ora declarado.

Luziânia GO, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022.

---

**Assinatura do candidato**