



**ANEXO V**  
**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 – MEC realizando as  
atribuições previstas neste Edital, e estando ciente da responsabilidade administrativa do  
ora declarado.

Luziânia GO, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023.

---

**Assinatura do candidato**