

DECLARAÇÃO DE PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA

Para a Prefeitura Municipal de Euclides da Cunha Paulista

Declaro que o proponente _____ CPF nº. _____ RG nº. _____, declara ser PORTADOR DE DEFICIÊNCIA. Nessa ocasião, o(a) referido(a) proponente apresenta LAUDO MÉDICO com a respectiva Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), no qual constam os seguintes dados:

Tipo de deficiência de que é portador: _____

Código correspondente da CID: _____

Nome e CRM do médico responsável pelo laudo _____

Data: ___ / ___ / 2023

Assinatura do proponente