



Programa do  
Artesanato  
Brasileiro

**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**

SECRETARIA DE TRABALHO E DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL  
FUNDAÇÃO GAÚCHA DO TRABALHO E AÇÃO SOCIAL  
PROGRAMA GAÚCHO DE ARTESANATO

ANEXO IX

**PROCURAÇÃO PESSOA COM DEFICIÊNCIA**

Eu, \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_, DECLARO para fins de seleção no Edital nº 003/2025, que contempla a participação na feira 19º SALÃO DO ARTESANATO DE SÃO PAULO - RAÍZES BRASILEIRAS, que sou pessoa com deficiência.

Por ser verdade, assino a presente declaração e estou ciente de que a apresentação de declaração falsa pode acarretar desclassificação do edital e aplicação de sanções criminais.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2025

\_\_\_\_\_  
Assinatura do declarante