



**MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO**  
Secretaria de Cultura e Juventude  
Gabinete do Secretário

---

**MODELO DE DECLARAÇÃO PESSOA LGBTQIAP+**

Eu, \_\_\_\_\_, nome social \_\_\_\_\_ CPF nº \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_, me DECLARO para fins de participação no Edital nº \_\_\_\_\_ que me identifico como pessoa LGBTQIAP+.

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

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.  
Local Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Declarante