

**ANEXO VI**  
**MODELO DE DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA DE**  
**RECURSOS FINANCEIROS PARA PESSOA COM DEFICIÊNCIA**

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) do RG nº \_\_\_\_\_ e inscrito(a) no CPF sob o nº \_\_\_\_\_, declaro, para fins de pedido de isenção do pagamento do valor da taxa de inscrição do Concurso Público para o cargo de Professor, ser pessoa com deficiência e membro de família de baixa renda, nos termos da Lei Estadual nº 13.320/2009.

Declaro, ainda, saber que, de acordo com o parágrafo único, do art. 91 da Lei Estadual nº 13.320/2009, família de baixa renda é aquela com renda familiar mensal per capita de até um salário-mínimo e meio nacional.

Declaro, também, ter conhecimento de que a renda familiar mensal é a soma dos rendimentos brutos auferidos por todos os membros da família, não sendo incluídos no cálculo aqueles recebidos dos programas descritos no inciso VI do Art. 5º do Decreto Federal nº 11.016/2022.

Declaro, por fim, saber que a renda familiar per capita é obtida pela razão entre a renda familiar mensal e o total de indivíduos da família.

Estou ciente de que, se for detectada a falsidade desta declaração, estarei sujeito(a) às penalidades legais, inclusive de eliminação deste Concurso, em qualquer fase, e de anulação de minha nomeação (caso tenha sido nomeado(a) e/ou empossado(a)) após o procedimento administrativo regular, em que sejam assegurados o contraditório e a ampla defesa.

\_\_\_\_\_(cidade/UF), \_\_\_\_ (dia) de \_\_\_\_\_ (mês) de \_\_\_\_\_ (ano).

ASSINATURA DO(A) CANDIDATO(A)