

## ANEXO

### MODELO DE DECLARAÇÃO DE ACESSIBILIDADE

**(NOME DA EMPRESA)**\_\_\_\_\_, CNPJ OU CPF n.º\_\_\_\_\_, sediada **(endereço completo)**\_\_\_\_\_, por intermédio de seu representante legal o (a) Senhor (a)\_\_\_\_\_  
portador (a) da Carteira de Identidade n.º\_\_\_\_\_ e do CPF n.º\_\_\_\_\_

#### DECLARA:

**1)** Que, conforme disposto no art. 93 da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, esta ciente do cumprimento da reserva de cargos prevista em lei para pessoa com deficiência ou para reabilitado da Previdência Social e que, se aplicado ao número de funcionários da minha empresa, atendo às regras de acessibilidade previstas na legislação.

LOCAL, DD de MM de AAAA.

---

Representante Legal da Licitante  
(nome e assinatura)