



Serviço Público Federal
Conselho Regional de Medicina Veterinária do Estado do Rio de Janeiro

ANEXO – X

MODELO DE DECLARAÇÃO DE ACESSIBILIDADE

(nome/razão social) _____, 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: Que,
conforme disposto no art. 93 da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, está 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.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2023.

Representante Legal da Licitante (nome e assinatura)