

DECLARAÇÃO

Medida de Qualificação de Pessoas com Deficiência e Incapacidade

O/A (*entidade*), com número de identificação de pessoa coletiva (*NIPC*), com sede em (*morada*), *declara*, para os devidos efeitos, que as ações candidatas e as despesas previstas inscritas no âmbito da candidatura apresentada ao abrigo da Medida de Qualificação de Pessoas com Deficiência e Incapacidade, não beneficiaram, nem beneficiarão, de outras fontes de financiamento público.

_____, ____ de _____ de 2026

O/A _____ (*Cargo*)

(a) _____

(*nome do declarante*)

(a) *Assinatura de quem tenha poderes para obrigar a entidade, devidamente reconhecida ou assinatura digital com atributos profissionais*