

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 2024

O/A _____ *(Cargo)*

(a) _____
(nome do declarante)

^(a) Assinatura de quem tenha poderes para obrigar a entidade, devidamente reconhecida.