**ANEXO III**

**Assunto:** Termo de Credenciamento de Pareceristas para análise de projetos culturais apresentados aos Editais do Fundo Municipal de Cultura de Dona Inês.

Pelo presente, nos termos do Edital de Credenciamento de Pareceristas 001/2023, comprometo-me, uma vez convocado, a prestar os serviços de parecerista, integrando a Comissão de Avaliação, na forma prevista no instrumento convocatório.

Declaro, ainda, atender a todas as exigências elencadas no Edital do Credenciamento e estar em concordância com as condições estabelecidas e seus anexos, inclusive quanto aos valores definidos no item 13.3 do Edital.

Declaro concordar com os critérios de contratação e remuneração, especialmente no que diz respeito à relação entre quantidade de projetos analisados e valores pagos conforme previsto no item 13.3 do Edital.

Declaro estar ciente que este Termo de Credenciamento terá vigência de 12 (doze) meses, a contar da data de publicação do Edital, podendo ser prorrogado por igual período, a critério da Secretaria de Cultura de Dona Inês, totalizando o máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

Declaro ter conhecimento do processo de convocação previsto no Edital de Credenciamento e que o prazo de resposta para a convocação será de 3 (três) dias corridos, após o recebimento de mensagem eletrônica no endereço informado na inscrição, na qual será apresentado o calendário de atividades, com o qual deverá haver plena concordância.

Declaro, ainda, que, aceita a convocação, deverão ser entregues, no prazo de até 3 (três) dias corridos, a documentação indicada no Edital para viabilizar a contratação. No caso de não ser enviada a documentação obrigatória, o credenciado será redirecionado para o final da lista.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de 2023.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Identificação e assinatura do Interessado ou Representante Legal.

(UTILIZAR ASSINATURA ELETRÔNICA CERTIFICADA OU ASSINATURA GOV.BR)

Nome completo:
CPF: