

## **DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA**

Eu, Márcia Da Silva Frossard Kler, PORTADOR (A) DO RG. N°24.554.259-2, INSCRITO (A) NO CPF. SOB O N°114.259.227-83 e telefone:(22)992060259, RESIDENTE E DOMICILIADO (A) NA Rua Walter Teixeira dos Santo, BAIRRO:Baleia, Município: Arraial do Cabo CEP:28.930-000.

Declaro que, em razão de minha atual condição financeira, não tenho condições de arcar com os custos de um curso particular, sob pena de implicar em prejuízo próprio e de minha família, sujeitando-me às sanções previstas na legislação aplicável, se vier a ser comprovada a falsidade.

**Declara o abaixo-assinado, que está ciente do disposto no art. 299, do código penal, que prevê pena privativa de liberdade e multa em caso de falsa declaração com o fim de alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante.**

Arraial do Cabo, 29 de Maio de 2025.

---