

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu Natália Telles Lanate Schmitz

_____, PORTADOR (A) DO RG. N°
21.370.810-0, INSCRITO (A) NO CPF. SOB O N° 117262877-
77, COM E-MAIL
nataliatelles489@gmail.com, e telefone
(22) 998948647, RESIDENTE E DOMICILIADO (A) NA Praca
Ana Maria dos Remédios,
49, BAIRRO
Prainha CEP. 28930-000.

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, 30__ de __Maio_____ de 2025.

Natália Telles Lanate Schmitz

