DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu Kelly da Silva Gonçalves, PORTADOR (A) DO RG. Nº 22.367.952-3, INSCRITO (A) NO CPF. SOB O Nº 212.504.597-45, COM E-MAIL Kellydasilvag2021@gmail.com, e telefone (22) 997313845, RESIDENTE E DOMICILIADO (A) NA Rua Sília Antunes da Costa, Nº90, BAIRRO Praiana 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, 17 de junho de 2025.

Kelly da Silva Gonçalves