

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu **Jamile de Ávila Oliveira Braga**, PORTADOR (A) DO RG. N° 10070332-1, INSCRITO (A) NO CPF. SOB O N° 04432778776 , COM E-MAIL Jamile.avila247@gmail.com , e telefone (22) 97405-9247, RESIDENTE E DOMICILIADO (A) NA **Rua Vera Cruz, n° 74, BAIRRO Sitio CEP.28930000**.

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.

Jamile