

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu __Danniele Rocha Macedo

_____, PORTADOR (A) DO RG.

Nº __21.095.311-3_____, INSCRITO (A) NO CPF. SOB O

Nº __106.855.367-77_____, COM E-MAIL

_____, e telefone (2298159-0643)

_____, RESIDENTE E DOMICILIADO (A) NA __Rua Antônio

Rocha, 37_____, BAIRRO

__Monte Alto _____ 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, _29_ de ____Maio_____ de 2025.

____Danniele Rocha Macedo_____

