

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu Deivid Lúcio Verlingue da Silva,
PORTADOR (A) DO RG. Nº 11295458-1, INSCRITO (A) NO
CPF. SOB O Nº 052.401.834-59, COM E-MAIL
deividverlingue@gmail.com, e telefone (21)
98522-5409, RESIDENTE E DOMICILIADO (A) NA
Rua Itália, nº 35,
BAIRRO Novo Arraial 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, 30 de Maio de 2025.

