

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu ___Rafael Schmitz
Goncalves_____, PORTADOR (A)
DO RG. Nº ___13.149.271-2_____, INSCRITO (A) NO CPF. SOB O
Nº ___108712877-30_____, COM E-MAIL
_rafaelschmitzfotografiaoficial@gmail.com_____
, e telefone (22) 992184435_____, 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.

___Rafael Schmitz Goncalves_____

