

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu Amanda Cristiny Oliveira das Santos,
PORTADOR (A) DO RG. Nº 30.955.119-0, INSCRITO (A) NO
CPF. SOB O Nº 064.398.357-00, COM E-MAIL
amandacristiny379@gmail.com, e telefone (22)
998855980, RESIDENTE E DOMICILIADO (A) NA
Rua Dallas n 119 - Arraial do Cabo,
BAIRRO Praia Grande CEP. 289300-000.

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, 31 de Maio de 2025.

Amanda Cristiny O. das Santos