# **DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA**

Eu Claiton Pitta da Silva, PORTADOR (A) DO RG. Nº 24.669.472-3, INSCRITO (A) NO CPF. SOB O Nº 133.245.157-85, COM E-MAIL claiton.pittadasilva@gmail.com, e telefone (22)996157949, RESIDENTE E DOMICILIADO (A) NA Rua Gonçalves Dias N09. BAIRRO Praia Dos Anjos. 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,31 de Maio de 2025.

Claiton Pitta da Silva

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_