

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu katia vieira da siva ferraz, PORTADOR (A) DO RG. N° 12.239.359-4, INSCRITO (A) NO CPF. SOB O N°09518228730, COM E-MAIL Kátiavieiradsferraz@hotmail.com , e telefone (22)99865-1823 , RESIDENTE E DOMICILIADO NA RUA ALMIRANTETAMANDARÉ, 29, MACEDONIA, 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, 01 de Junho de 2025.
