

## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu Linda Liryel da Fonseca Silva, PORTADOR (A) DO RG. N°  
23.285.560.1, INSCRITO (A) NO CPF. SOB O  
N° 20200743708, COM E-MAIL  
Lindinhahiryel@hotmail.com, e telefone ( 21)  
983829903, RESIDENTE E DOMICILIADO (A) NA rua montes verdes  
n14, BAIRRO monte  
alto 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.

Linda Liryel da Fonseca silva

