

## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu \_\_\_ Bryan Lucas da Fonseca Silva \_\_\_, PORTADOR (A) DO RG. N°  
\_\_\_ 25.928.280.4 \_\_\_, INSCRITO (A) NO CPF. SOB O  
N° \_\_\_ 212.165.497.61 \_\_\_, COM E-MAIL  
\_\_\_ bryan,lucasfs@gmail.com \_\_\_, e telefone ( 22)  
981865721 \_\_\_, 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.

\_\_\_\_\_ Bryan Lucas da Fonseca silva \_\_\_\_\_