

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

EU, **NOME COMPLETO DO ALUNO**, nacionalidade, estado civil, CPF nº xxx.xxx.xxx-xx, portadora do RG nº SSP/XX, residente e domiciliado/a na endereço completo, CEP xxxxx-xxx, e-mail xxxxx@xxxx, DECLARO que não possuo condições financeiras de suportar integralmente o valor das mensalidades referentes ao Curso de nome do curso, do Centro Universitário SENAI CIMATEC, sem prejuízo ao meu próprio sustento e da minha família.

Declaro, ainda, que tenho conhecimento das sanções civis e penais que estarei sujeito, caso inverídica a declaração ora prestada, sobretudo a disciplinada no art. 299 do Código Penal em vigor.

Por ser verdade, firmo o presente.

Salvador, dia de mês de 20xx.

NOME DO DECLARANTE

