

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, _____,
Estado Civil: _____, Tel.: _____,
Nacionalidade: _____, CPF: _____,
Profissão: _____, RG: _____,
Endereço: _____

em conformidade com a Lei n. 1.060, de 5 de fevereiro de 1950, declaro que não tenho condições de pagar as custas processuais sem prejuízo de meu sustento próprio e/ou de minha família; ciente da responsabilidade civil, penal e administrativa em função de eventual falsidade da presente declaração.

Brasília – DF, _____ de _____ de 2020.
