

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Nome: _____

Nacionalidade: _____ Estado civil: _____

CPF/MF n° _____ CI n° _____

Endereço: _____

CEP: _____ Telefone: _____

DECLARA, com o escopo de auferir os benefícios da **JUSTIÇA GRATUITA**, eis que atesta para os devidos fins que apesar de ter vínculo funcional com ente público os encargos advindos do processo impedem a sua subsistência própria e familiar, e por ser verdade assina a presente.

Brasília/DF, _____ de _____ de 20____.

Assinatura