DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA

REF. : PROCESSO Nº _____

Eu, _____
(Nome completo)

_____ , portador do Documento de Identidade nº _____
(Número do Documento)

, emitido pelo órgão _____ , e CPF/CIC nº _____,
(Órgão Emissor) (Número do CPF / CIC)

telefone(s) nº _____ **DECLARO**, na presente data:
(Telefone(s) para contato)

[ ] Não possuir renda devido à minha inatividade profissional, no(s) exercício(s) fiscal(is) de _____.

[ ] Possuir renda de R$ _____ (_____
(Valor) (Valor por Extenso)

_____) proveniente de trabalho informal, no(s) exercício(s) fiscal(is) de _____.

Declaro, ainda, que me responsabilizo pela veracidade das informações nesta declaradas, estando sujeito às sanções civis, administrativas e criminais previstas na Legislação vigente, caso seja comprovada sua falsidade.

Macaé/RJ, _____ de _____ de 20____

_____
Assinatura do Contribuinte

Declaração recebida por:	
Servidor	
Matrícula	
Carimbo/Assinatura do Servidor	

PARECER DO SERVIÇO SOCIAL	
	Assistente Social