

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Nome: _____

Nacionalidade: _____

Estado Civil: _____

Profissão: _____

CPF nº: _____

RG nº: _____

Residente e domiciliado na
rua: _____

Complemento: _____

Bairro: _____

Município: _____

Estado: _____

CEP: _____

Telefone(s) para contato: _____

Declaro para os devidos fins de direito que não tenho condições de arcar com os ônus processuais, sob perigo de prejuízo de meu sustendo e de minha família.

Data: _____ de _____ de _____, 20__

Assinatura

Preencha a declaração, clique aqui para imprimir, assine e mande para o Sindicato