

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

NOME COMPLETO:		
NACIONALIDADE:	ESTADO CIVIL:	PROFISSÃO:
RG:	CPF:	MATRICULA:
ENDEREÇO COMPLETO:		
BAIRRO:	CIDADE/UF:	CEP:
CONTATOS:		
EMAIL:		

Neste ato devidamente assistida(o) sindicalmente por **SINDICATO UNIÃO DOS TRABALHADORES EM EDUCAÇÃO DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA - SINDIUTE**, entidade sindical de primeiro grau, com sede na Rua Floriano Peixoto, nº 1464, Centro, Fortaleza/CE – CEP 60.025-131, inscrito no CNPJ sob o n.º 41.303.058/0001-91.

DECLARO, para os efeitos legais, que sou pobre na forma da lei, não podendo arcar com as custas processuais sem prejuízo do sustento próprio ou de minha família, com fundamento no art.98 do Código de Processo Civil.

Fortaleza-CE, _____ de _____ de 202__.

Declarante