

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Nome: _____

_____, CPF: _____

_____, RG _____, com endereço na

_____,

_____, CEP: _____

Cidade: _____, **DECLARO**

através da presente que, apesar de estar empregado (a), não tenho condições de arcar com as despesas para manutenção de processo judicial, pois os gastos judiciais comprometem meu sustento, razão pela qual requeiro seja equiparada a minha condição àqueles que gozam do benefício da assistência judiciária gratuita.

Campinas/SP, ____/____/2025.
