



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

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

Neste ato devidamente assistido(a) sindicalmente por **SINDICATO DOS SERVIDORES E EMPREGADOS PÚBLICOS DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA - SINDIFORT**, entidade sindical de primeiro grau, com sede na Rua 24 de Maio, nº 1188, Centro, Fortaleza/CE, CEP 60.020-000, inscrito no CNPJ sob o nº 23.562.937/0001-56, 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.

Fortaleza-CE, ____ de _____ de 202__.

Declarante