

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, _____,
inscrito no CPF sob o nº _____, residente e
domiciliado _____,
afirmo, de
acordo com as leis nº 7.510/86 e nº 1.060/50, que não
tenho condições financeiras para arcar com o ônus das
custas processuais e honorários advocatícios, sem
prejuízo do sustento próprio e de minha família.

Brasília, ____ de _____ de _____.

CPF nº