

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

DECLARANTE: _____,
nacionalidade: _____, estado civil: _____,
profissão: _____, portador(a) do RG n°
_____, e do CPF n° _____,
residente e domiciliado(a) na Rua _____,
número _____, quadra _____, lote _____,
complemento: _____,
Bairro: _____, Cidade: _____,
Estado: _____, CEP: _____.

Declaro, com base no artigo 1º, da Lei 7.115/83, que não possuo condições financeiras de arcar com o pagamento das custas processuais, sem prejuízo de meu próprio sustento e de minha família, nos termos do artigo 5º, inciso LXXIV, da Constituição Federal, da Lei n° 1.060/50, dos artigos 98 a 102 do Código Processo Civil e do artigo 790, parágrafo 4º, da CLT.

_____, ____ de _____ de _____.

DECLARANTE