

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, nome completo:

nacionalidade: brasileiro(a) outra, qual:

nome dos pais:

profissão:

estado civil: união estável: sim não

CPF: RG:

Endereço: n°

Bairro Cidade UF

CEP: e-mail: Telefone:

REQUEIRO a esta serventia que emita certidão de breve relato ou certidão negativa do registro de:

nascimento n° , às folhas , do Livro , e/ou

casamento n° , às folhas , do Livro , e/ou

óbito n° , às folhas , do Livro , do

Ofício de Registro Civil de Iranduba

Distrito de Acajatuba

Distrito de Caldeirão

Distrito de Catalão

em nome de

DECLARO, para este fim, sob as penas da Lei, que **não possuo recursos econômicos** para pagar valor dos emolumentos da certidão, nem de forma parcelada em 12x no cartão, sem prejuízo de meu sustento e de minha família.

Responsabilizo-me pela veracidade das declarações prestadas, ciente de que a informação inverídica é crime, podendo causar sanções civis, administrativas e criminais caso seja comprovada a falsidade da presente declaração.

Iranduba/AM, .

Assinatura do declarante ou a rogo