DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, (nome completo), Brasileiro, (estado civil), (profissão), Portador (a) da Identidade de nº XXXXX, Inscrito (a) no CPF sob o nº XXXX, residente e domiciliado (a) na (nome da rua e número), (bairro), (cidade) – (UF), CEP nº XX.XXX-XXX, DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tenho condições de arcar com as despesas dos passes de ônibus, sem prejuízo do meu próprio sustento e da minha família.

(Local), (data).

_____

(Assinatura do Declarante)