# DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

1. **Eu\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_: Funcionário público estadual aposentado**, Portador da Cédula de Identidade RG nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**SSP/ SP**, inscrito no CPF/ MF sob nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente e domiciliado na\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,Cidade\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_– **CEP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, DECLARO, nos termos da Lei nº 1.060/50 e, para os devidos fins, que sou hipossuficiente em relação ao processo, não dispondo de condições econômicas para custear as despesas judiciais e honorários advocatícios, sem sacrifício do meu sustento e de familiares.

# Para clareza e os devidos fins de direito, firma a presente declaração.

São Paulo,