**DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA**

**XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX,** brasileiro, XXXXXXXXX, XXXXXXX, inscrito no CPF nº XXXXXXXXXXX, ID Nº XXXXXXX, XXX, residente e domiciliado na XXXXXXXXXXXX, nº XXXX, XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX - XX, CEP XXXXXXXXX.

Declaro, de acordo com as Leis nºs 7.510/86 e 1.060/50, para o fim de obter a Gratuidade de Justiça e o patrocínio da Assistência Jurídica, que não tenho condições financeiras para arcar com o ônus das custas processuais, sem prejuízo do sustento próprio e de minha família.

Declaro conhecer que estou sujeito às sanções civis, administrativas e criminais aplicáveis por força de Lei, em sendo comprovada a falsidade das afirmações supra.

São Mateus/ES, XX de XXXXX de XXXX.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
**XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**