

ANEXO III

**DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA**

Eu, \_\_\_\_\_, portador do RG nº \_\_\_\_\_ e CPF nº \_\_\_\_\_, residente à Rua \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_, Cidade \_\_\_\_\_, Estado do Acre, **DECLARO** que não tenho qualquer vínculo empregatício, seja ele Estadual, Municipal ou Federal, bem como não recebo seguro desemprego, benefício de prestação continuada- BPC ou LOAS, auxílio emergencial, ou qualquer outra renda que não seja de atividades artístico-culturais.

E estou ciente que a declaração que contenha conteúdo que não corresponda à verdade, com o objetivo de criar obrigação ou alterar a verdade dos fatos, constitui-se crime, previsto no art. 299 do Código Penal, punível com pena de reclusão de um a cinco anos, e multa.

Por ser verdade, firmo o presente.

\_\_\_\_\_, Acre, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.