****

**DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA**

Eu, , CPF nº.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador do documento de identidade nº. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, matriculado no Programa de Pós Graduação em Direito Constitucional (PPGDC), declaro, para fins de solicitação de bolsa, que minha renda é de até \_\_\_\_ salários mínimos, conforme comprovante em anexo. Ademais, informo que resido no Estado do Rio de Janeiro, de acordo com o artigo 5º, §4º, da Resolução 09/2015.

Declaro, ainda, que me responsabilizo integralmente pela veracidade das informações prestadas e estou ciente dos termos da Resolução nº 09/2015, que regulamenta a concessão de bolsas deste Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu*.

Niterói, de de .

Assinatura