



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Pelo presente termo, eu, _____, inscrito no CPF sob o nº _____ e no RG nº _____ residente e domiciliado à _____, **DECLARO**, para efeito de cadastro de protetores no sítio eletrônico da Secretaria Estadual da Proteção Animal – SEPA/CE , sob as penas da lei, **que sou incapaz para custear atendimentos veterinários, sem o comprometimento do sustento próprio e/ou da família**, atestando assim meu estado de hipossuficiência.

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

(município) - (UF), (dia) de (mês) de (ano).

(assinatura)