



CABAZ NATAL IDOSOS

Reg. Ent. n.º:	
Processo n.º:	
Registado em:	
O Funcionário:	

Exmo.(a) Senhor(a)
Presidente da Câmara Municipal

REQUERENTE	
Nome	
Residência/Sede:	Nº: Localidade:
Código Postal:	Freguesia: Concelho:
NIF/NIPC:	BI/CC: Passaporte: Válido até:
Estado Civil:	Profissão:
Telefone:	Telemóvel: Fax: E-mail:

REPRESENTANTE	
Nome:	
Residência/Sede:	Nº: Localidade:
Código Postal:	Freguesia: Concelho:
NIF/NIPC:	BI/CC: Passaporte: Válido até:
Telefone:	Telemóvel: Fax: E-mail:
Qualidade de:	

NOTIFICAÇÕES/COMUNICAÇÕES	
Mais solicita que todas as notificações/comunicações referentes ao pedido, iniciado com o presente requerimento, sejam dirigidas para: Através de:	
Outro - Nome:	
Residência/Sede:	Nº: Localidade:
Código Postal:	Freguesia: Concelho:
Telefone:	Telemóvel: Fax: E-mail:



Município de Alandroal

www.cm-alandroal.pt

Balcão Único

PEDIDO

Vem Requer a V Ex.^a um cabaz de Natal:

Caracterização do Agregado Familiar

Nome	Data Nascimento	Idade	Parentesco	Ocupação / Profissão	Rendimento

DOCUMENTOS A ENTREGAR

Para o efeito, junta os documentos que se elencam:

- Cartão pensionista
- Outros:

OBSERVAÇÕES

O subscritor, sob compromisso de honra, consciente de incorrer em eventual responsabilidade penal e do imediato cancelamento dos apoios atribuídos e da reposição dos subsídios concedidos caso preste falsas declarações, declara que os dados constantes do presente requerimento correspondem à verdade.

Pede deferimento,

Alandroal, _____

O Requerente/ O Representante,

Validei a conformidade da assinatura de acordo com o documento exibido.

(Assinatura do requerente ou de outrem a seu rogo, se o mesmo não souber ou não puder assinar)

(O Funcionário)

Gestor do Procedimento: _____

Telefone: _____

E-mail: _____