

A PREENCHER PELOS SERVIÇOS	
<input type="checkbox"/> Dados e documentos exibidos em conformidade	
<input type="checkbox"/> Detetou "não conformidade" aconselhando o/a requerente a não efetuar a entrega sem que seja devidamente corrigido	
O/A TÉCNICO/A:	

**PEDIDO DE INSCRIÇÃO NO PROGRAMA DE TRANSPORTE AMBULATÓRIO**

DIVISÃO DE COESÃO SOCIAL

Exmo. Senhor Presidente da Câmara Municipal de Fafe

PROCESSO N.º \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO/A REQUERENTE**

Nome \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_

Freguesia \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

N.º Identificação Fiscal \_\_\_\_\_ N.º Identificação Civil \_\_\_\_\_ Válido até \_\_\_\_\_

Telemóvel \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

1ª vez que recorre ao programa:  Sim  Não N.º vezes \_\_\_\_\_**ELEMENTOS PARA INSTRUÇÃO DO PEDIDO****Regulamento do Apoio aos Transportes Ambulatórios****Documentos anexos/obrigatórios**

(artigo 63º, Instrução do pedido)

- Declaração Médica referindo a necessidade que o/a requerente tem de efetuar a deslocação de acordo com alínea a), do artigo 60º;
- Atestado de residência, atualizado, emitido pela Junta de Freguesia ou União de Freguesia, no qual conste confirmação da constituição do agregado familiar e como reside no concelho há mais de um ano;
- Ter residência fiscal há mais de um ano no concelho de Fafe;

**Apresentação dos documentos de identificação do/a requerente e do agregado**

- Bilhete de Identidade/Cartão de Cidadão;
- Cartão de Contribuinte.

**Fotócopias dos documentos comprovativos referentes aos rendimentos de todos os elementos do agregado familiar, designadamente:**

- Declaração do modelo 3 do IRS ou, se for caso disso, declaração de isenção emitida pela Repartição de Finanças;
  - Os dois últimos recibos de vencimento, ordenados, salários ou outras remunerações;
  - Rendas temporárias e vitalícias;
  - Pensões de reforma, de aposentação, velhice, invalidez ou outras (ex. Pensão de Alimentos);
  - Subsídio de desemprego, RSI, SIT.
- Declaração emitida pelo Centro de Emprego, no caso de o/a requerente ou outros membros do agregado familiar se encontrarem em situação de desemprego;
  - Documento comprovativo da consulta;
  - Atestado multiusos.

---

## VERACIDADE DAS DECLARAÇÕES PRESTADAS

Declaro, sob compromisso de honra, que tenho conhecimento, que a prestação de incompletas, omissas ou falsas declarações, bem como a não utilização ou utilização indevida do apoio concedido, implicam a perda do direito ao transporte ambulatório, ficando o/a requerente inibido/a de aceder a qualquer tipo de apoio municipal, durante um ano, sem prejuízo das responsabilidades civis ou criminais que ao caso couberem.

Mais declaro que:

1. Autorizo que os dados agora apresentados sejam cruzados com os que constam nas bases de dados de outros organismos públicos;
2. Aceito acolher visita domiciliária, se necessário, por um/a técnico/a do município, assim como, a prestar todas as informações solicitadas ao longo da instrução do processo.

Pede deferimento,

---

DATA

ASSINATURA DO/A REQUERENTE

---