

**Requerimento de Candidatura
Unidade Móvel de Pequenas Reparações Domésticas**



Nº de Inscrição:

I - Informações do Requerente

Nome: _____

Morada: _____

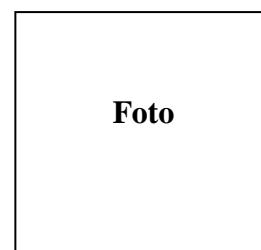
Código Postal: _____ - _____ Localidade: _____

Nacionalidade: _____ Naturalidade: _____

Nº de B.I /C.C: _____ Nº Segurança Social: _____

Nº de Identificação Fiscal: _____

Telefone: _____ Telemóvel: _____



II – Composição do Agregado Familiar:

Parentesco com o requerente	Nome	Idade	Profissão

III - Dados Clínicos:Possui algum tipo de deficiência física ou mental? Sim Não Se sim qual/quais?

IV - Informação Social:

	O Técnico: ___ / ___ / ___
Observações: 	

Vem requerer a V. Ex.^a o apoio da Unidade Móvel de Pequenas Reparações Domésticas, de acordo com as suas Normas de Funcionando.**Pede deferimento:**

Aljustrel, _____

O Requerente,

_____**Decisão****A Vereadora,**

_____ / _____ / _____

Anexo os seguintes documentos:

- Fotocópia do Bilhete de identidade ou cartão de cidadão;
- Fotocópia do cartão de identificação fiscal;
- Fotocópia do cartão de segurança social;
- Fotocópia do cartão social do utente dos serviços da Câmara Municipal;
- Declaração médica comprovativa da situação de deficiência física ou mental.