



MUNICÍPIO DE CASTELO DE PAIVA
CPAIVA SOLIDÁRIO

REQUERIMENTO - TRANSPORTE SOLIDÁRIO

AGENDAMENTO

REGISTO DE ENTRADA

Entrada nº.
Data:/...../.....
Processo:
Rubrica:

REQUERENTE

NIF |

Nome |

Morada/Sede (rua/lugar) |

Edifício | Bloco | Nº. |

Freguesia | Telef./Telem. |

Código Postal | 4550 | - | CASTELO DE PAIVA

Endereço electrónico (e-mail) |

OBJECTO DO PEDIDO

Agendamento do Transporte Solidário para o dia: ____ Destino: ____

Unidade de tratamento / consulta: ____

N.º de requisição individual: ____ Hora da consulta: ____

Nome do acompanhante ^{a)}: ____

a) Comprovado por declaração médica de acompanhamento (expeto menores 18 anos)

Declaro, sob compromisso de honra, que são verdadeiras as declarações que constam deste documento.

Data | Assinatura |

BI /C. Cidadão) nº. | Emissão/Validade | Arq. |

SERVIÇOS MUNICIPAIS:

INFORMAÇÃO DOS SERVIÇOS SOCIAIS DO MUNICÍPIO

____/____/____.

O técnico gestor do processo

DECISÃO