



MUNICÍPIO DE SEIA

Câmara Municipal de Seia
Divisão de Administração e Finanças
Balcão Único

Exmo. Senhor
Presidente da Câmara Municipal de Seia

PROGRAMA DE COMPARTICIPAÇÃO EM DESPESAS COM MEDICAMENTOS

Requerente

Nome:

Residente em:

Código Postal:

Freguesia:

Telefone:

Telemóvel:

E-mail:

☐ Autoriza o envio de notificações, no decorrer deste processo, para o endereço eletrónico indicado.

Documentos a entregar

Para o efeito, junta os seguintes documentos

☐ Cópia de documento(s) de identificação do/a requerente e dos restantes elementos que com ele coabitam:

☐ Cartão de Cidadão / B.I.

☐ Cartão de Contribuinte;

☐ Cartão de Beneficiário da Segurança Social (ou cartão de pensionista)

☐ Cópia da última declaração de IRS e respetiva nota de liquidação do/a requerente ou declaração da Autoridade Tributária comprovativa da sua inexistência;

☐ Cópia dos últimos três (3) recibos de vencimento do/a requerente e elementos do agregado familiar e/ou comprovativos dos valores auferidos mensalmente por subsídios de desemprego, pensões (velhice, de invalidez, de sobrevivência, alimentos - incluindo pensões provenientes do estrangeiro) e/ou prestações de RSI ou quaisquer outras formas de rendimento;

☐ Documento comprovativo do número de identificação bancária (NIB);

☐ Mais declaro que não beneficia, simultaneamente, de qualquer outro apoio destinado ao mesmo fim e de que não usufrui de quaisquer outros rendimentos e nem é titular de qualquer outro património para além dos declarados;

☐ Atestado da Junta de Freguesia da qual devem constar o número de eleitor, a data de emissão, a residência há um ano e a composição do agregado familiar;

Os dados pessoais do requerente serão de uso exclusivo do Município de Seia, para os fins a que se destinam.

O/A subscritor(a), sob compromisso de honra e consciente de incorrer em eventual responsabilidade penal caso preste falsas declarações, declara que os dados constantes do presente requerimento correspondem à verdade.

Pede deferimento,

Seia, ____ de _____ de _____.

O/A Requerente

_____.