



EXMO. SENHOR PRESIDENTE
DA CÂMARA MUNICIPAL DE MONTALEGRE

DESPACHO

ENTRADA
DATA:
N.º DE ENTRADA:
N.º REQUERIMENTO:
PROCESSO:

Programa abem: Rede Solidária do Medicamento

Requerente

Nome			
Morada			
Localidade	Freguesia		
Concelho	Código Postal	-	
N.º Identificação Fiscal	N.º Identificação Civil	Válido até	- -
Telefone	Telemóvel		
E-mail			

PEDIDO

Atribuição da comparticipação solidária do **Programa abem: Rede Solidária do Medicamento** ao abrigo do Protocolo.

<input type="checkbox"/>	Apresentação do Cartão de Cidadão ou Bilhete de identidade e Número de Identificação Fiscal de todos os elementos do agregado familiar;
<input type="checkbox"/>	Atestado emitido pela Junta de Freguesia a comprovar a residência há mais de 1 ano e a composição e identificação do agregado familiar, com expressa referência aos nomes, idade, parentesco, estado civil, profissão;
<input type="checkbox"/>	Declaração de IRS do agregado familiar do beneficiário, devidamente validada pelo Serviço de Finanças, para o caso de trabalhadores por conta própria, ou o último recibo de vencimento, prestação social auferida, pensão ou de outros rendimentos;
<input type="checkbox"/>	Declaração do IFAP onde constem os subsídios agrícolas recebidos pelos indivíduos, maiores de idade, que compõem o agregado familiar relativo ao ano anterior;
<input type="checkbox"/>	Comprovativos que atestem a situação de doença ou incapacidade de qualquer membro do agregado familiar (atestado multiusos);
<input type="checkbox"/>	Outros: _____

PEDE DEFERIMENTO

Assinatura		Data	-	-
------------	--	------	---	---

O Técnico de Atendimento procede à **verificação do processo**, aconselhando o requerente a não efetuar a entrega sem que o mesmo seja devidamente corrigido.

NOTAS

O Técnico de Atendimento	Data - -