

Pedido de Pagamento faseado de Refeições Escolares e/ou Atividades de Animação e Apoio à Família

Registo n.º:		
Processo n.º:		Exmo(a). Senhor(a)
Registado em:		Presidente da Câmara Municipal de Tábua

REQUERENTE

Nome/Denominação:*			
Domicílio/Sede:*		N.º:	Lote:
Código Postal:		Localidade:*	
NIF/NIPC:*		Data de Nascimento:	
Tipo de Documento de Identificação:		☐ Cartão de Cidadão ☐ Bilhete de Identidade ☐ Passaporte ☐ Título de Residência	
N.º:		Válido até:	
Código de Acesso à Certidão Comercial Permanente:			
Contacto Telefónico:		Fax:	
E-mail:			
Qualidade de: * ☐ Encarregado/a de Educação ☐ Outra:			

(Os campos assinalados com * são de preenchimento obrigatório)

REPRESENTANTE

Nome/Denominação:			
Domicílio/Sede:		N.º:	Lote:
Código Postal:		Localidade:	
NIF/NIPC:			
Tipo de Documento de Identificação:		☐ Cartão de Cidadão ☐ Bilhete de Identidade ☐ Passaporte ☐ Título de Residência	
N.º:		Válido até:	
Código de Consulta da Procuração Online:			
Contacto Telefónico:		Fax:	
E-mail:			
Qualidade de:		☐ Representante Legal ☐ Gestor(a) de Negócios ☐ Mandatário(a) ☐ Outra:	

NOTIFICAÇÕES

Consinto que as notificações/comunicações sejam feitas via: (aplicável a pessoas singulares)	☐ Caixa Postal Eletrónica (ViaCTT) ☐ Telefone ☐ Fax ☐ E-mail ☐ Requerente ☐ Representante ☐ Outra morada (por favor, indique):
As notificações/comunicações feitas por via postal deverão ser enviadas preferencialmente para a seguinte morada:	
Domicílio/Sede:	N.º:
Código Postal:	Localidade:

PEDIDO

Vem requerer, ao abrigo do preceituado no n.º 2 do art.º 24.º do Regulamento Municipal de Serviços de Apoio à Família no âmbito da Educação, se digne a autorizar o pagamento faseado da dívida abaixo descrita, em prestações mensais, por motivos de ordem económica:

Processo:	Valor Total:*	N.º de prestações:**
Valor mensal:*	Valor da última prestação:*	

Nome do Educando:*			
Domicílio:*		N.º:	Lote:
Código Postal:		Localidade:*	
NIF:*		Data de Nascimento:	
Tipo de Documento de Identificação:	☐ Cartão de Cidadão	☐ Bilhete de Identidade	
	☐ Passaporte	☐ Título de Residência	
N.º:		Válido até:	
Contacto Telefónico:		E-mail:	

(Os campos assinalados com * são de preenchimento obrigatório)

(** o número máximo de prestações é 6)

DOCUMENTOS A APRESENTAR



OBSERVAÇÕES

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

1. Os dados pessoais recolhidos neste pedido são necessários, única e exclusivamente, para dar cumprimento ao disposto no artigo 102.º do Código do Procedimento Administrativo (CPA), no artigo 17.º do Decreto-Lei n.º 135/99, de 22 de abril e/ou ao previsto na legislação específica aplicável ao pedido formulado.

2. O tratamento dos dados referidos no ponto 1 por parte do Município de Tábua respeitará a legislação em vigor em matéria de proteção de dados pessoais e será realizado com base nas seguintes condições:

Responsável pelo tratamento - Município de Tábua;

Finalidade do tratamento - Cumprimento de uma obrigação jurídica (CPA e/ou de legislação específica aplicável ao pedido formulado) ou necessário ao exercício de funções de interesse público;

Destinatário(s) dos dados - Serviço municipal com competência para analisar ou intervir no pedido, de acordo com a orgânica municipal em vigor;

Conservação dos dados pessoais - Prazo definido na legislação aplicável ao pedido.

3. Para mais informações sobre as práticas/políticas de privacidade do Município consulte o nosso site em <http://www.cm-tabua.pt> ou envie um e-mail para dpo@cm-tabua.pt.

4. Os documentos apresentados no âmbito do presente pedido são documentos administrativos, pelo que o acesso aos mesmos se fará em respeito pelo regime de acesso à informação administrativa e ambiental e reutilização dos documentos administrativos (Lei n.º 26/2016, de 22 de agosto).

OUTRAS DECLARAÇÕES

☐ * 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.

☐ * O(A) subscritor(a), sob compromisso de honra, declara ter conhecimento que as prestações devem ser liquidadas até ao dia 8 de cada mês e que o não pagamento de uma das prestações implica a anulação de plano de pagamentos e consequente obrigação de pagamento integral imediato.

Pede deferimento,

Local, __/__/__

☐ O (A) Requerente / ☐ O (A) Representante

(Assinatura do(a) requerente ou de outrem a seu rogo, se o(a) mesmo(a) não souber ou não puder assinar)

☐ Conferi a identificação do(a) Requerente/ Representante através dos documentos de identificação exibidos.

☐ Validei a conformidade da assinatura de acordo com o documento exibido.

O (A) Funcionário(a)

Responsável pela Direção do Procedimento: Dr. Ricardo Cruz

Contacto Telefónico: 235 410 340

E-mail: rcruz@cm-tabua.pt

Gestor do Procedimento: Isabel Centeio, Técnica Superior

Contacto Telefónico: 235 410 340

E-mail: isabel.centeio@cm-tabua.pt