

Requerimento

| | |
|------------------|--|
| REGISTO N.º | |
| CLASSIFICAÇÃO | |
| PROCESSO N.º | |
| DATA DE REGISTO | |
| AUTOR DO REGISTO | |

Habitação Social

Revisão de Renda por Incapacidade

Exmo. Senhor Presidente do Conselho de

Administração da Fesnima - Empresa Pública de Animação de Olhão - EM

| REQUERENTE | |
|--|---|
| Nome*(1) | |
| Domicílio* | |
| N.º | Lote/Andar |
| | Freguesia |
| Código Postal | - Localidade |
| Telefone* | Telemóvel* |
| | Telefax |
| Correio Eletrónico | |
| Caixa Postal Eletrónica Via CTT (Nome de Utilizador) | |
| N.º de Identificação Civil* | Válido até* / / Vitalício <input type="checkbox"/> Sim |
| Tipo | <input type="checkbox"/> Bilhete de Identidade <input type="checkbox"/> Cartão de Cidadão <input type="checkbox"/> Passaporte |
| | <input type="checkbox"/> Autorização de Residência <input type="checkbox"/> Outro |
| N.º de Identificação Fiscal* | |
| Na qualidade de (2) | <input type="checkbox"/> Arrendatário/a |
| | <input type="checkbox"/> Outro (3) |

| REPRESENTANTE | |
|--|---|
| Nome*(1) | |
| Domicílio* | |
| N.º | Lote/Andar |
| | Freguesia |
| Código Postal | - Localidade |
| Telefone* | Telemóvel* |
| | Telefax |
| Correio Eletrónico | |
| Caixa Postal Eletrónica Via CTT (Nome de Utilizador) | |
| N.º de Identificação Civil* | Válido até* / / Vitalício <input type="checkbox"/> Sim |
| Tipo | <input type="checkbox"/> Bilhete de Identidade <input type="checkbox"/> Cartão de Cidadão <input type="checkbox"/> Passaporte |
| | <input type="checkbox"/> Autorização de Residência <input type="checkbox"/> Outro |
| N.º de Identificação Fiscal* | <input type="checkbox"/> Singular <input type="checkbox"/> Coletiva (2) |
| Na qualidade de (2) | <input type="checkbox"/> Representante legal <input type="checkbox"/> Mandatário |
| | <input type="checkbox"/> Outro (3) |

Os dados recolhidos são processados automaticamente e destinam-se exclusivamente à gestão e processamento dos serviços da Fesnima. Os titulares dos dados podem aceder à informação que lhes respeite e solicitar por escrito a sua atualização ou correção.

* Campos de preenchimento obrigatório, de forma legível e sem abreviaturas. **(1)** Designação do/a requerente/representante, e deverá referir em que qualidade o faz, juntando documento comprovativo; **(2)** Assinalar com X a opção pretendida. **(3)** Especificar.

NOTIFICAÇÕES/COMUNICAÇÕES

Solicita que todas as notificações, referentes ao presente pedido, sejam dirigidas para (2):

- Morada do requerente e, autoriza o envio para a respetiva Caixa Via CTT/Correio eletrónico
- Morada do representante e, autoriza o envio para a respetiva Caixa Via CTT/Correio eletrónico
- Outra morada _____
- N.º _____ Lote/Andar _____ Freguesia _____
- Código Postal _____ - _____ Localidade _____
- Telefone* _____ Telemóvel* _____ Telefax _____

PEDIDO

Vem requerer a V. Ex.^a a revisão da renda em regime de arrendamento apoiado, devido a incapacidade igual ou superior a 60% de elemento do agregado familiar, conforme se identifica:

- Nome Completo _____
- Data de Nascimento _____ / _____ / _____ Parentesco _____
- N.º de Identificação Civil* _____ Válido até* _____ / _____ / _____ Vitalício Sim
- Tipo Bilhete de Identidade Cartão de Cidadão Passaporte
- Autorização de Residência Outro _____
- Conferi a identificação do elemento a agregar (a preencher pela Fesnima)

ELEMENTOS INSTRUTÓRIOS

Para o efeito, junta e/ou exhibe os documentos que a se seguir se assinalam:

- Pessoa Singular** - Requerente/Representante
- Exibição de documento(s) de identificação: Cartão de Cidadão ou Bilhete de Identidade e Cartão de Contribuinte
- Cópia de Certificado de Incapacidade Multiusos;
- Outros _____

ELEMENTOS NÃO APRESENTADOS: Fundamentação

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

OBSERVAÇÕES

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |



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 documento correspondem à verdade.

Autorizo o fornecimento de fotocópias dos documentos solicitados, nos termos do n.º 3 do artigo 20º do Decreto-Lei n.º 73/2014 de 13 de Maio.

Pede deferimento,

Olhão, / /

O/A Requerente O/A Representante

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

A PREENCHER NO CASO DE ATENDIMENTO PRESENCIAL

Conferi a identificação do/a Requerente - Representante, através dos documentos de identificação; Validei a conformidade da assinatura de acordo com o documento exibido;
Pago pela fatura nº

(O/A Trabalhador/a)