

## Requerimento

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

### Habitação Social

#### Transferência de Habitação por Doença

**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.<sup>a</sup> a transferência para outra habitação por situação de doença ou incapacidade graves, nos seguintes termos:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 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
- Atestado Médico ou Cópia de Certificado de Incapacidade Multiusos
- Outros \_\_\_\_\_

### 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.

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

- Conferi a identificação do/a Requerente/ Representante, através dos documentos de identificação;  Validei a conformidade da assinatura de acordo com o documento exibido;

(O/A Trabalhador/a)