



**Município de Arraiolos**  
**Câmara Municipal**

[www.cm-arraiolos.pt](http://www.cm-arraiolos.pt)

REGISTO	INFORMAÇÃO DOS SERVIÇOS	DESPACHO/DELIBERAÇÃO
Entrada n.º <input type="text"/>	Preencher pelos serviços	A Preencher pelos serviços
Processo n.º <input type="text"/>		
Registado em: <input type="text"/>		
O Funcionário: <input type="text"/>		

EXMO(A) SENHOR(A) PRESIDENTE

DA CÂMARA MUNICIPAL DE ARRAIOLOS

**Reavaliação da Candidatura à Ação Social Escolar – Ano Letivo**  /

**Identificação do requerente (Aluno)**

Nome/Designação

Domicílio/sede  N.º

Localidade  Código Postal

NIF / NIPC  BI / CC  Passaporte  válido até

**Identificação do representante (preencher com letra maiúscula)**

Nome/Designação

Domicílio/sede  N.º

Localidade  Código Postal

NIF / NIPC  BI / CC  Passaporte  válido até

Na qualidade  Encarregado de Educação  Tutor  Outro

**Meios de notificação ao requerente ou representante**

Autorizo o envio de eventuais notificações decorrentes desta comunicação para o seguinte endereço:

Domicílio/sede  N.º

Localidade  Código Postal

Telefone/telemóvel  Email

Fax

**Pedido**

A reapreciação do pedido de Ação Social Escolar do seu educando, que de momento usufrui do escalão: A  B

**Fundamentação do pedido :**

--

**Dados do aluno (preencher com letra maiúscula)**

Jardim de Infância

Escola Básica  Ano que frequenta (1.º ciclo do EB) : 1.º  2.º  3.º  4.º

**Documentos a apresentar**

Documento emitido pelo serviço competente da Segurança Social ou, quando se trate de trabalhador da Administração Pública, pelo serviço processador que comprove o posicionamento do aluno no escalão de atribuição do abono de família.

Declaração comprovativa da situação de desemprego há 3 ou mais meses, emitida pelo Centro de Emprego, caso se aplique.

Outro

**Termo de Responsabilidade**

O/A Encarregado/a de Educação assume inteira responsabilidade, nos termos da Lei, pela exatidão de todas as declarações constantes deste Boletim. Falsas declarações implicam, para além de procedimento legal, imediato cancelamento dos apoios atribuídos e reposição dos já recebidos.

O Requerente /  O Representante

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

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

O Funcionário:

Data

Data

**Gestor do Procedimento:**

Nome

Local

Câmara Municipal

Horário

09:00H às 17:00H

Atendimento presencial