



**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

Pedido de transporte 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  Fax  Email

**Pedido**

**Vem requerer a V. Exa.**

Transporte de Autarquia

Rodoviária do Alentejo  N.º de passe  Código

Táxi

Outro Transporte  Qual?

**Aluno** *(preencher com letra maiúscula)*Utilizou transporte no ano letivo  /  Sim  Não Data de Nascimento Ano de escolaridade que vai frequentar? **Filiação** *(preencher com letra maiúscula)*Pai Contribuinte Mãe Contribuinte Residência Código Postal  -   Contacto **Estabelecimento de Ensino** *(preencher com letra maiúscula)*Escola Distância entre a residência do (a) aluno(a) e o estabelecimento e ensino  Km**Documentos a apresentar**

No caso de alunos com necessidade de transporte para escolas fora do concelho:

- Comprovativo de matrícula
- Declaração do Agrupamento de Escolas, do concelho de residência, comprovativo da inexistência da Área de Curso

 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	