



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 – Entidades sem fins lucrativos do concelho**

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

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  Mandatário  Sócio-gerente  Administrador  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.**

A cedência de transporte para o(s) dia(s)  e  e

Viaturas						Outro
Pesado de Passageiros			Ligeiro de Passageiros			
55 lugares	41 lugares (*)	27 lugares	5 lugares	7 lugares	9 lugares	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

(\*) só transporta maiores de 16 anos de idade

**Fundamentação do pedido**

Atividade:

Itinerário pormenorizado:

Data	Hora de partida	Hora de chegada	Destino	Observações
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Nº de pessoas a transportar , das quais:

< de 12 anos   dos 12 anos aos 16 anos   Maiores de 16 anos

Pessoa Responsável  Contacto

O Requerente /  O Representante

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

O Funcionário:

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

Data

Data

**Gestor do Procedimento:**

Nome

Local

Câmara Municipal

Horário

09:00H às 17:00H

Atendimento presencial