



Município de Arraiolos
Câmara Municipal

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

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 Fax Email

Pedido

A apreciação do pedido de Ação Social Escolar

Dados do aluno (preencher com letra maiúscula)

Data de Nascimento:

Aluno com Necessidades Educativas Especiais (NEE) de caráter permanente? Sim Não

Jardim de Infância

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

Filiação (preencher com letra maiúscula)

Nome do Pai:

Nome da Mãe:

NIB (para pagamento direto)

Informações complementares (preencher com letra maiúscula)**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.
- Cópia do NIB (Número de Identificação Bancária) do(a) Encarregado(a) de Educação.

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.

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