



Transporte de Pessoa com Deficiência

Exmo. Senhor Presidente da Câmara Municipal de Vila Nova de Famalicão

Identificação do/a requerente

Nome: _____
Nº Identificação Civil: _____ NIF: _____
Morada: _____ C. Postal: _____
Freguesia/ União de Freguesias: _____
Telemóvel: _____ E-mail: _____

Autorizo a utilização dos contactos de telemóvel e e-mail acima referenciados para o envio de informações e notificações relativamente a este processo

Identificação do/a representante

Nome: _____
Nº Identificação Civil: _____ NIF: _____
Morada: _____ C. Postal: _____
Freguesia/ União de Freguesias: _____
Telemóvel: _____ E-mail: _____

Autorizo a utilização dos contactos de telemóvel e e-mail acima referenciados para o envio de informações e notificações relativamente a este processo

Pedido

Vem solicitar a V.^a Exa., na qualidade de:

encarregado de educação

outro: _____

Transporte de pessoa com deficiência:

Tipo de transporte: Particular Ambulância ou Táxi Transporte Coletivo

Ponto de entrada: _____ às _____

Ponto de saída/instituição de destino: _____ às _____

Com acompanhante? Não
Sim Quem? _____

Motivo do acompanhamento: _____

Tipo de deficiência: _____

Cadeira de rodas: Não
Sim Manual Elétrica

Documentos instrutórios

Assinale com uma cruz (X) os documentos que junta ao processo.

Cópia do cartão de cidadão do requerente quando solicitar este apoio pela 1ª vez, caso seja aplicável



Famalicão

CÂMARA MUNICIPAL

Comprovativo de residência fiscal e composição do agregado familiar emitido pela Autoridade Tributária (AT)

Nota: Validade do documento face à data de emissão: 90 dias

Atestado médico a comprovar doença crónica e necessidade de transporte adaptado à sua patologia, atestado multiusos ou de incapacidade

Declaração de inscrição e frequência de resposta social, educativa ou terapêutica do requerente

Cópia da sentença judicial de regulamentação do exercício das responsabilidades parentais ou cópia da sentença de interdição/inabilitação

Declaração de não dívida à Autoridade Tributária e à Segurança Social do requerente e do representante

Outros documentos relevantes para a apreciação do processo

Declarações

Declaro que:

São verdadeiras todas as informações prestadas no âmbito deste requerimento, ficando a Câmara autorizada a realizar as diligências que julgue necessárias para averiguar a veracidade e autenticidade dos documentos anexos.

Os elementos constantes do cartão de cidadão do anterior pedido de apoio para transporte de pessoa com deficiência estão atualizados.

Tomei conhecimento dos procedimentos necessários à avaliação deste requerimento

Tomei conhecimento que os pedidos de apoio social são renovados anualmente.

Dou o meu consentimento para a disponibilização de cópia de documento de identificação pessoal no âmbito do presente pedido, nos termos do n.º 2 do art.º 5.º da Lei n.º 7/2007, de 5 de fevereiro.

Dou o meu consentimento, no âmbito deste requerimento, para a recolha, consulta e tratamento das informações e dos dados pessoais por mim fornecidos, por parte da CMVNF, quer na plataforma de instrução do processo, quer na base de dados da Segurança Social, nos termos e para os efeitos do disposto na alínea a) do n.º 1 do artigo 6.º e artigo 7.º, ambos do Regulamento Geral de Proteção de Dados (Regulamento EU 2016/679, de 27/04/2016).

Nota: A Política de Privacidade do Município pode ser consultada em [www.famalicao.pt/politica de privacidade](http://www.famalicao.pt/politica_de_privacidade) ou o Encarregado de Proteção de Dados pode ser contactado através do endereço eletrónico dpo@famalicao.pt

Pede deferimento.

Data: ____/____/20____

Assinatura