



## Pedido de Inscrição em Serviço de Almoço Volante

### Identificação do requerente

Nome: \* \_\_\_\_\_

Contribuinte: \* \_\_\_\_\_ Na qualidade de: \*(a) \_\_\_\_\_

BI / CC nº \_\_\_\_\_ Validade: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Morada: \* \_\_\_\_\_

Código-Postal: \* \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Tlf/Tlm: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

**Nota:** Autoriza o envio de comunicações, no decorrer deste processo, para o endereço eletrónico indicado? Sim ☐ Não ☐

Representado por: \_\_\_\_\_ Na qualidade de: \*(a) \_\_\_\_\_

BI / CC nº \_\_\_\_\_ Validade: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Vem requerer ao Exm.º Sr. Presidente da Câmara Municipal: A inscrição em Serviço de Almoço Volante

Ano Letivo \_\_\_\_/\_\_\_\_ Processo nº \_\_\_\_\_ Ano de Escolaridade \_\_\_\_\_

Agrupamento de Escolas \_\_\_\_\_ Escola do 1º CEB de \_\_\_\_\_

Jardim de Infância de \_\_\_\_\_

#### Identificação da Criança

Nome \_\_\_\_\_ NIF \_\_\_\_\_

Natural da freguesia de \_\_\_\_\_ Concelho de \_\_\_\_\_ Distrito de \_\_\_\_\_

Data de Nascimento (AAAA-MM-DD) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nº de telefone /Telemóvel \_\_\_\_\_

Residência \_\_\_\_\_ C. Postal \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Escalão do Abono de Família <sup>(3)</sup> \_\_\_\_\_ Cartão Municipal de Família Numerosa nº \_\_\_\_\_ Nº de elementos do agregado familiar \_\_\_\_\_

Nome do Pai \_\_\_\_\_ Profissão do Pai \_\_\_\_\_

Localidade \_\_\_\_\_ Horário \_\_\_\_\_

Nome da Mãe \_\_\_\_\_ Profissão da Mãe \_\_\_\_\_

Localidade \_\_\_\_\_ Horário \_\_\_\_\_

#### Identificação do Adulto

Nome \_\_\_\_\_ NIF \_\_\_\_\_

☐ Serviço de Almoço Volante Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

--

<b>Documentos a anexar:</b>
-----------------------------

- |  |
|--|
| <div><input type="checkbox"/> - Apresentação de Identificação</div> <div><input type="checkbox"/> - NIF - Número de Identificação Fiscal</div> <div><input type="checkbox"/> - (3) Declaração emitida pela Segurança Social ou pela entidade patronal onde conste o respetivo escalão do abono de família</div> <div><input type="checkbox"/> - Outros</div> |
|--|

<b>Data e Assinatura</b>
--------------------------

<div><input type="checkbox"/> <b>Declaro que tomei conhecimento das Normas de Funcionamento da CAF/AAAF.</b></div>
--

Falsas declarações implicam, para além de eventual procedimento legal, imediato cancelamento dos benefícios atribuídos e reposição dos já recebidos.

Pede deferimento:

Vila Real, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Dia      Mês      Ano

\* - Campos de preenchimento obrigatório.

a) - Confirmar a titularidade do direito que lhe confere legitimidade para iniciar o procedimento administrativo ou intervir nele.