|  |  |
| --- | --- |
| **Câmara Municipal de Castro Daire**  PROGRAMA DE INCENTIVOS À NATALIDADE  **Enxoval do Bebé**  **– REQUERIMENTO –** | **Exmo. Senhor**  Presidente da Câmara Municipal de CASTRO DAIRE |

**1. Identificação do Bebé**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | NOME | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | |  |
|  | MORADA (Rua, Nº, Andar, ou Lugar) | | | | |  | DATA DE NASCIMENTO |  |
|  |  | | | | |  |  |  |
|  | LOCALIDADE |  | CÓDIGO POSTAL |  | FREGUESIA | | |  |
|  |  |  |  |  |  | | |  |
|  | CERTIFICADO DE NASCIMENTO |  | EMISSÃO |  | Nº DE CONTRIBUINTE | | |  |
|  |  |  |  |  |  | | |  |
|  | | | | | | | | |

**2. Identificação da Mãe**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | NOME | | | | | | | | | | |  | Nº DE CONTRIBUINTE |  |
|  |  | | | | | | | | | | |  |  |  |
|  | MORADA (Rua, Nº, Andar, ou Lugar) | | | | | | |  | Nº DE ELEITOR E FREGUESIA | | | | |  |
|  |  | | | | | | |  |  | | |  | |  |
|  | LOCALIDADE | | |  | CÓDIGO POSTAL | | | | |  | TELEFONE / TELEMÓVEL | | |  |
|  |  | | |  |  | | | | |  |  | | |  |
|  | DATA DE NASCIMENTO |  | Nº B.I. / C. C. | | |  | EMISSÃO / VALIDADE | | |  | ARQUIVO DE IDENTIFICAÇÃO | | |  |
|  |  |  |  | | |  |  | | |  |  | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | |

**3. Identificação do Pai**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | NOME | | | | | | | | | | |  | Nº DE CONTRIBUINTE |  |
|  |  | | | | | | | | | | |  |  |  |
|  | MORADA (Rua, Nº, Andar, ou Lugar) | | | | | | |  | Nº DE ELEITOR E FREGUESIA | | | | |  |
|  |  | | | | | | |  |  | | |  | |  |
|  | LOCALIDADE | | |  | CÓDIGO POSTAL | | | | |  | TELEFONE / TELEMÓVEL | | |  |
|  |  | | |  |  | | | | |  |  | | |  |
|  | DATA DE NASCIMENTO |  | Nº B.I. / C. C. | | |  | EMISSÃO / VALIDADE | | |  | ARQUIVO DE IDENTIFICAÇÃO | | |  |
|  |  |  |  | | |  |  | | |  |  | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | |

**4. Identificação do Requerente**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | NOME | | | | | | | | | | |  | Nº DE CONTRIBUINTE |  |
|  |  | | | | | | | | | | |  |  |  |
|  | MORADA (Rua, Nº, Andar, ou Lugar) | | | | | | |  |  | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | |  |
|  | LOCALIDADE | | |  | CÓDIGO POSTAL | | | | |  | TELEFONE / TELEMÓVEL | | |  |
|  |  | | |  |  | | | | |  |  | | |  |
|  | DATA DE NASCIMENTO |  | Nº B.I. / C. C. | | |  | EMISSÃO / VALIDADE | | |  | ARQUIVO DE IDENTIFICAÇÃO | | |  |
|  |  |  |  | | |  |  | | |  |  | | |  |
| Nº DE ELEITOR FREGUESIA DATA INSCRIÇÃO   |  |  |  | | --- | --- | --- | |  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | |

**5. Objecto do Requerimento**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **(4.)** requer a **atribuição de incentivo à natalidade (Enxoval do Bebé)/amamentação/aleitação** pelo nascimento de **(1.)**, ocorrido em \_\_/\_\_/\_\_\_\_, natural da freguesia de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, concelho de **CASTRO DAIRE**, declarando, sob compromisso de honra e tendo perfeito conhecimento que é responsável pelas declarações aqui prestadas que, não sendo verdadeiras, constituem crime de falsidade. | | | | |
|  | **Pede deferimento,** |  | **O Requerente,** |  |
|  | Aos \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ | Ass.) |  |  |
|  |  |  |  |  |

**6. Documentos Anexos**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | |
|  |  | **1.** | **2.** | **3.** | **4.** |  |
|  | | | | | | |
|  | **- B. I. / Cartão de Cidadão** |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | |
|  | **- Cartão de eleitor** |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | |
|  | **- Número de Identificação Fiscal** |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | |
|  | **- Número de Segurança Social** |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | |
|  | **- Certidão de Nascimento** |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | |
|  | **- Número de Identificação Bancária** |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | |
|  | **- Declaração de Residência** |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Observações:** | **Processo n.º \_\_\_\_\_\_\_** | **Despacho:** |
|  | Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | - Subdelegação |
| - Delegação de competências |
| - Impedimento/falta do Presidente da Câmara |
| O Funcionário,  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

**Declaração**

No âmbito do Programa de Apoio à Natalidade/Adoção, eu\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ portador do C.C/B.I.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, com o número de identificação fiscal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,residente em\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro para os devidos efeitos que em caso de alteração de morada de residência informarei de imediato, e por escrito, os serviços de Ação Social da Câmara Municipal de Castro Daire.

Castro Daire, \_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_

O/A Declarante

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**