

**Pedido Isenção / Redução de Taxas 1)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DAGF/SAAG | | | |  |  | |
| Reg. Nº |  | Proc Nº |  |  | Data: |  |
| Data: | |  | |  |  |  |
| Funcionário | |  | |  | Responsável |  |
| Coord. SAAG | |  | |  |  |  |
| Chefe de Divisão | |  | |  | Chefe de Divisão |  |
|  | |  | |  |  |  |
| DESPACHO | | | |  | DECISÃO | |
| Data: | |  | |  |  | |
|  | |  | |  |  | |
| Presidente | |  | |  |  | |
|  | |  | |  |  | |

|  |
| --- |
| Exmo. Senhor Presidente da Câmara Municipal de Montemor-o-Novo |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Identificação do Requerente** (Preencher com letra maiúscula) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome: | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Morada/Sede: | |  | | | | | | | | | N.º | ,      (andar) | | | | |
| Freguesia: | |  | | | | | | | | Código Postal | | | | | - | |
| Concelho: | |  | | | Telefone: | |  | Telemóvel: |  | | | | Fax: | | |  |
| N.º de Identificação Fiscal | | | |  | | Bilhete de Identidade Cartão de Cidadão n.º | | | | | | | |  | | |
| E-mail: |  | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **Vem solicitar o seguinte**:  [ INSIRA TEXTO AQUI ] |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Montemor-o-Novo,   de de 20  Pede deferimento,   |  |  | | --- | --- | | O Requerente |  | |