

**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 |  |

 |