



PARECER SMIS	DESPACHO
_____	_____
_____	_____
_____	_____
Porto Santo, em ___/___/___	Porto Santo, em ___/___/___
O Técnico Superior	A Vereadora da CMPS
_____	_____

REQUERIMENTO COMPARTICIPAÇÃO MUNICIPAL EM MEDICAMENTOS PROJETO OFICINA MÓVEL + SAÚDE

Exmo. Sr.º

Presidente da Câmara Municipal do Porto Santo

Nome:			
Morada			
	Código Postal		Concelho
Cartão de Cidadão ou B.I. nº			NIF:
Contatos	Telefone	Email	
Autorizo o envio de eventuais notificações desta comunicação por via eletrónica			

Vem solicitar a V. Ex.^a inscrição no Programa de Participação Municipal em Medicamentos, designado por “Projeto Oficina Móvel + Saúde”.

Junto anexo os documentos solicitados:

- Cartão do Cidadão/ B.I. NIF Nr. de Identificação da Segurança Social
 Atestado/ Declaração de Residência Declaração e Nota de Liquidação IRS
 Declaração Centro Nacional de Pensões – ISS/ Declaração Caixa Geral de Aposentações
 Comprovativo de Despesa Média Mensal na Farmácia
 Outros: _____

Em caso de dispensa de entrega do IRS:

- Certidão do Serviço de Finanças Comprovativos de Rendimentos

Pede Deferimento

O Requerente

Porto Santo ___/___/___
