



DESPACHO

REQUERIMENTO COMPARTICIPAÇÃO MUNICIPAL EM MEDICAMENTOS PROJETO OFICINA MÓVEL + SAÚDE

*Exmo. Sr.
Presidente da Câmara Municipal do Porto Santo*

Nome				
Morada				
	Código Postal		Concelho	
Cartão Cidadão/B.I.			NIF	
Contactos	Telemóvel		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:

- Cópia Cartões Cidadão/ B.I. Cópia NIF Cópia Nr. Identificação da Segurança Social
 Atestado de Residência – Junta de Freguesia 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 ____/____/____
