



Câmara Municipal da Golegã – Divisão Municipal de Ação Social e Habitação

REGISTO DE ENTRADA

RESERVADO AOS SERVIÇOS

Nº _____ / _____

Em, _____ / _____ / _____

O Funcionário,

Formulário de Candidatura

Apoio Complementar na Aquisição de Medicamentos

Exmo. Senhor

Presidente da Câmara Municipal da Golegã

Eu, _____, portador(a)
do documento de Identificação Civil n.º _____, válido até ____/____/____, contribuinte
_____ natural de _____, freguesia de _____ Concelho
de _____, residente em _____
Cod. Postal ____ - _____ telefone _____, telemóvel _____,
email: _____, venho por este meio requerer
a Vossa Excelência o Apoio Complementar à Aquisição de Medicamentos.

Anexos:

- Declaração, sob compromisso de honra, sobre a veracidade dos elementos constantes da candidatura;
- Atestado de residência e composição do agregado familiar emitido pela junta de freguesia da residência do agregado;
- Apresentação do Bilhete de Identidade, do Cartão de Cidadão ou Cédula Nascimento de todos os elementos do agregado familiar;
- Apresentação do Cartão de Contribuinte de todos os elementos do agregado familiar;
- Apresentação do Cartão de Beneficiário de todos os elementos do agregado familiar;
- Fotocópia do Comprovativo de rendimentos ou de ausência de rendimentos de todos os elementos do agregado, maiores de 15 anos que não se encontrem a estudar;
- Declaração de matrícula emitida pelo estabelecimento de ensino, comprovativa da frequência escolar dos membros do agregado com idade superior a 15 anos;
- Documento emitido pelo médico de família, comprovativo de que os medicamentos são imprescindíveis à sobrevivência ou qualidade de vida do Município;
- Documento emitido pela farmácia comprovando o custo mensal dos medicamentos supracitados;
- Fotocópia dos comprovativos das despesas mensais;

1. BREVE CARACTERIZAÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR

Nome	Parentesco	Data de Nascimento	Profissão
1)	Titular		
2)			
3)			
4)			
5)			
6)			
7)			
8)			

2. SITUAÇÃO DE DOENÇA CRÓNICA/DEFICIÊNCIA DO AGREGADO FAMILIAR

Comprovados por atestado médico:

 Não Sim

Quais:

3. DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO

Eu, abaixo assinado _____
portador(a) do documento de Identificação Civil n.º _____, válido até ____/____/____,
residente em _____

declaro, sob compromisso de honra, assumir inteira responsabilidade pela exatidão das informações prestadas, ficando desde já a Câmara Municipal da Golegã autorizada a realizar as diligências que julgue necessárias para averiguar da sua veracidade e autenticidade dos documentos comprovativos que anexo à presente candidatura.

O Requerente,

Golegã, ____ de _____ de ____