NIPG: _____ Registo Nº: _____

Exmo./a. Senhor/a
Presidente da Câmara Municipal de Espinho

Identificação do/a Requerente:

Nome: _____
Estado civil: _____ Profissão: _____NIF: _____
BI/ CC: _____ Emitido pelos SIC de _____ Válido até ___/___/_____
Morada/Bairro/Rua: _____
Bloco: _____ Entrada: _____ Andar: _____ Lado: _____
Código postal: _____-_____ Localidade: _____
Tel.: _____ E-mail: _____

Vem, por este meio, requerer apoio/intervenção na/s seguinte/s área/s:

☐ Alimentação ☐ Medicamentos ☐ Vestuário ☐ Emprego

☐ Banco Local de Voluntariado ☐ Gabinete de Apoio ao Emigrante ☐ Outro

Motivo/ Descrição:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Espinho, _____ de _____ de _____

_____

Município de Espinho | FACE | Rua 41 / Av. João de Deus | 4500-000 Espinho
Tel: (+351) 22 732 12 56 | Fax: (+351) 22 733 58 52 | Email to: geral@cm-espinho.pt
IQNet AENOR ER-0089/2015