

[illegible]

**DESPESAS**

	HABITAÇÃO		SAÚDE	EQUIPAMENTOS APOIO
	PRÓPRIA	ARRENDAMENTO		

**NOTAS:** todas as despesas devem de ser confirmadas através de comprovativos

**DATA E ASSINATURA**

**Declaro, sob compromisso de honra, que são verdadeiras as declarações que constam deste documento.**

Data \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

BI /C. Cidadão) nº. \_\_\_\_\_ Emissão/Validade \_\_\_\_\_ Arq. \_\_\_\_\_

**SERVIÇOS MUNICIPAIS:****CONFIRMAÇÃO JUNTO DA JUNTA DE FREGUESIA**

Confirma-se a residência em permanência há pelo menos 3 anos no Município e a composição do agregado familiar, que residem na mesma habitação.

Confirmação efectuada no dia \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ junto de \_\_\_\_\_ elemento da Junta de Freguesia de \_\_\_\_\_

O Técnico,

**INFORMAÇÃO DOS SERVIÇOS SOCIAIS DO MUNICIPIO**

Considerando que o rendimento do agregado familiar \_\_\_\_\_ é superior ao valor da retribuição mínima mensal garantida fixada para o ano de \_\_\_\_\_, o munícipe \_\_\_\_\_ tem direito à atribuição do Transporte Solidário que requer, de acordo com o disposto no PROGRAMA CPAIVA SOLIDÁRIO deste Município, pelo que o pedido é \_\_\_\_\_ passível de deferimento.

Valor da retribuição mínima mensal garantida : \_\_\_\_\_€;

Rendimento mensal do agregado familiar: \_\_\_\_\_€.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.  
\_\_\_\_\_

O técnico gestor do processo  
\_\_\_\_\_

**DECISÃO**

**De acordo com a informação que antecede, \_\_\_\_\_ defiro o pedido de transporte solidário.**

**O Presidente da Câmara,**  
\_\_\_\_\_