|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | A preencher pelos  serviços administrativos |
|  | Registo SGD nº |
|  |  |
|  | Data |
| Exmº. Senhor  Presidente da Câmara Municipal de Coimbra |  |  |
|  | Processo nº |
|  |  |
|  | Guia n.º |
|  |  |

pedido de revisão de renda /pagamento faseado de dívida

REQUERENTE

NOME

documento de identificação       contribuinte NIF/NIPC

telefone       TELEMÓVEL

e-mail

residente/com sede em

freguesia

código postal       —       localidaDe

PEDIDO

VEM REQUERER

Revisão do valor da renda

Pagamento faseado das rendas em dívida

descrição da situação que motiva o pedido

MEIOS DE NOTIFICAÇÃO

AUTORIZO O ENVIO DE EVENTUAIS NOTIFICAÇÕES DECORRENTES DESTA COMUNICAÇÃO PARA O SEGUINTE ENDEREÇO ELETRÓNICO:

e-mail

aviso de privacidade

**1.** Os dados pessoais recolhidos neste pedido são necessários, única e exclusivamente, para dar cumprimento ao disposto no artigo 102.º do Código do Procedimento Administrativo (CPA), no artigo 17.º do Decreto-Lei n.º 135/99, de 22 de abril e/ou ao previsto na legislação específica aplicável ao pedido formulado.

**2.** O tratamento dos dados referidos no ponto 1 por parte do Município de Coimbra respeitará a legislação em vigor em matéria de proteção de dados pessoais e será realizado com base nas seguintes condições:

* **Responsável pelo tratamento** - Câmara Municipal de Coimbra - Praça 8 de Maio 3000-300 Coimbra;
* **Responsável pela proteção de dados** – Encarregado da proteção de dados do Município de Coimbra (DPO) - Câmara Municipal de Coimbra, Praça 8 de Maio 3000-300 Coimbra [dpo@cm-coimbra.pt](mailto:dpo@cm-coimbra.pt)
* **Finalidade do tratamento** - Cumprimento de uma obrigação jurídica (CPA, Decreto-Lei n.º 135/99, de 22 de abril, e/ou de legislação específica aplicável ao pedido formulado) ou necessário ao exercício de funções de interesse público;
* **Destinatário(s) dos dados** - Serviço municipal com competência para analisar ou intervir no pedido, de acordo com a orgânica municipal em vigor;
* **Conservação dos dados pessoais** - Prazo definido na legislação aplicável ao pedido.
* **Direitos dos titulares dos dados pessoais** - Ao requerente (titular dos dados pessoais) é garantido o direito de acesso, de retificação, de apagamento, de portabilidade, de ser informado em caso de violação da segurança dos dados e de limitação e oposição ao tratamento dos dados pessoais recolhidos. O titular tem ainda direito a apresentar reclamação à autoridade de controlo nacional (Comissão Nacional de Proteção de Dados).

**3.** Para mais informações sobre a Política de Privacidade do Município consulte o website da Câmara Municipal de Coimbra ([www.cm-coimbra.pt](http://www.cm-coimbra.pt/)) em <https://www.cm-coimbra.pt/areas/transparencia/politica-de-privacidade> ou envie um e-mail para [dpo@cm-coimbra.pt](mailto:dpo@cm-coimbra.pt).

**4.** Os documentos apresentados no âmbito do presente pedido são documentos administrativos, pelo que o acesso aos mesmos se fará em respeito pelo regime de acesso à informação administrativa e ambiental e reutilização dos documentos administrativos (Lei n.º 26/2016, de 22 de agosto).

PEDE DEFERIMENTO

O requerente/representante **(**Assinatura)       DATA

LEGISLAÇÃO APLICÁVEL

* Código do Procedimento Administrativo (CPA), aprovado pelo Decreto-Lei n.º 4/2015, de 7 de janeiro
* Lei 81/2014, de 19 de dezembro, alterada e republicada pela Lei 32/2016, de 24 de agosto, na sua redação atual.

**pedido de revisão de renda /pagamento faseado de dívida**

| **Elementos Instrutórios** | **SIM** | **NÃO** | **N.A.** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. Requerimento |  |  |  |
| 1. Comprovativos dos rendimentos (fotocópia da última declaração do IRS e do último recibo de vencimento/reforma) |  |  |  |
| 1. Caso algum dos elementos do agregado familiar se encontre desempregado, deverá apresentar declaração do Instituto de Emprego e Formação Profissional ou do Centro Distrital de Segurança Social comprovativa dessa situação, referindo o montante do subsídio de desemprego que eventualmente se encontre a receber |  |  |  |
| 1. Caso algum dos elementos do agregado familiar apresente problemas de saúde, deve apresentar relatório/declaração médica comprovativa dessa situação |  |  |  |

**N.A.** Não Aplicável

O trabalhador/ **(**Assinatura)       DATA N.º Mecanográfico