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

pedido de reajustamento de renda /pagamento faseado de dívida

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE/COMUNICANTE

NOME

cartão de cidadão CC/BI       Validade       contribuinte NIF/NIPC

telefone       TELEMÓVEL

e-mail

residente/com sede em

freguesia

código postal       —       localidaDe

DO PEDIDO

VEM REQUERER

[ ] Reajustamento de 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

OBSERVAÇÕES

PROTEÇÃO DE DADOS

[ ]  Autorizo o Município de Coimbra a utilizar os dados fornecidos no presente requerimento no âmbito do processo a que se destina, bem como os contactos pessoais para a comunicação no âmbito deste e de outros processos.

PEDE DEFERIMENTO

O(s) requerente(s) ou representante legal / ASSINATURA       DATA

LEGISLAÇÃO APLICÁVEL

* Código do Procedimento Administrativo (CPA), aprovado pelo Decreto-Lei n.º 4/2015, de 7 de janeiro
* Novo Regime do Arrendamento Apoiado para Habitação - Lei n.º 32/2016, de 24 de agosto.

**pedido de reajustamento de renda**

| **Documentos a entregar** | **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 elemento 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 apresente problemas de saúde, deve apresentar relatório/declaração médica comprovativa dessa situação
 |[ ] [ ] [ ]

 **N.A.** Não Aplicável

O trabalhador/ ASSINATURA       DATA       N.º Mecanográfico