

REQUERIMENTO DE ASSINATURA ANDANTE ANTIGOS COMBATENTES

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

Nome completo

Morada

Código Postal

Localidade

Concelho de Domicílio Fiscal

Nº de Identificação Civil (Cartão de Cidadão, BI, Autorização de Residência, outro)

Nº de Contribuinte

Nº de Antigo(a) Combatente / Viúva(o)

+ 65 anos

| | |
|---|---|
| S | N |
|---|---|

DOCUMENTAÇÃO A APRESENTAR COM O REQUERIMENTO

Assinalar com X os documentos originais que foram exibidos/entregues no ato da requisição

| | |
|--|--------------------------|
| - Apresentação do Cartão de antigo(a) Combatente | <input type="checkbox"/> |
| - Apresentação do Cartão de viúva(o) de antigo(a) Combatente | <input type="checkbox"/> |
| - Apresentação do Documento de Identificação Civil | <input type="checkbox"/> |
| - Apresentação do Cartão de Contribuinte | <input type="checkbox"/> |
| - Entrega da Certidão de Domicílio Fiscal | <input type="checkbox"/> |

DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO E ASSINATURA DO REQUERENTE

Declaro sob compromisso de honra que as informações que constam deste documento são verdadeiras e autorizo o TIP – Transportes Intermodais do Porto, ACE, a recorrer às entidades competentes para confirmação dos dados declarados, no respeito pela legislação aplicável à proteção de dados pessoais. Tomei conhecimento de que as falsas declarações ou omissões implicam a anulação do benefício, para além das sanções previstas na lei.

_____, em ____/____/____
Local e data

Assinatura do requerente conforme documento de identificação

Reservado ao TIP

Receção:

Assinatura

Data

