

REQUERIMENTO - ATRIBUIÇÃO DE HABITAÇÃO SOCIAL EM REGIME DE ARRENDAMENTO APOIADO

I - IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

NOME _____

DATA DE NASCIMENTO _____ IDADE _____ ESTADO CIVIL _____
(DIA) (MÊS) (ANO)

BILHETE DE IDENTIDADE/CARTÃO DE CIDADÃO _____ NIF _____

NATURALIDADE _____ NACIONALIDADE _____ E-MAIL _____

MORADA _____

CÓDIGO POSTAL _____ LOCALIDADE _____

TELEFONE _____ TELEMÓVEL _____

AGREGADO FAMILIAR:

Nº TOTAL DE PESSOAS NO AGREGADO FAMILIAR _____ Nº DE PESSOAS COM IDADE IGUAL OU SUPERIOR A 65 ANOS _____

Nº DE CRIANÇAS NO AGREGADO FAMILIAR _____ FAMÍLIA MONOPARENTAL SIM NÃO

Nº DE ELEMENTOS ENTRE OS 18 E OS 26 ANOS _____ Nº DE PESSOAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA COMPROVADA _____

Nº DE PESSOAS/CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA _____

SOLICITA A V. EXA A ATRIBUIÇÃO DE UMA HABITAÇÃO SOCIAL NO ÂMBITO DO REGULAMENTO MUNICIPAL DE ACESSO E ATRIBUIÇÃO DE HABITAÇÃO SOCIAL

II - TIPO DE ALOJAMENTO ONDE RESIDE O REQUERENTE

(Assinale com a quadrícula respectiva)

ANOS DE RESIDÊNCIA NO CONCELHO DE CASTRO VERDE _____ RESIDE EM HABITAÇÃO SOCIAL SIM NÃO

TIPO DE ALOJAMENTO CASA TERREA APARTAMENTO ESTADO DO ALOJAMENTO PRECÁRIO RAZOÁVEL BOM

TIPO DE OCUPAÇÃO: HABITAÇÃO ARRENDADA _____ VALOR DA RENDA(€) COZINHA

HABITAÇÃO A TÍTULO DE EMPRÉSTIMO QUARTOS _____ (Nº QUARTOS)

CO-HABITAÇÃO COM FAMILIARES CASA DE BANHO _____ (Nº DE CASAS DE BANHO)

MORADIA PRÓPRIA MUITO DEGRADADA

MOTIVOS QUE LEVAM À REALIZAÇÃO DO PEDIDO

III - COMPOSIÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR

(Preencha o quadro com base na totalidade de elementos do agregado familiar)

ORDEM	NOME COMPLETO	GRAU DE PARENTESCO	SEXO	DATA NASCIMENTO	DOC. IDENTIFICAÇÃO	DOC. IDENT.FISCAL
1		-----	-----	-----	-----	-----
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						

NOTA: na primeira linha escreva apenas o nome do requerente

REQUERIMENTO - ATRIBUIÇÃO DE HABITAÇÃO SOCIAL EM REGIME DE ARRENDAMENTO APOIADO

IV - CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-ECONÓMICA

ORDEM	NOME COMPLETO	GRAU DE PARENTESCO	NÍVEL DE ENSINO (1)	SITUAÇÃO PROFISSIONAL (2) E (3)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

(1) SEM NÍVEL ESCOLAR BÁSICO TERMINADO; 1º CICLO; 2º CICLO; 3º CICLO; SECUNDÁRIO; ENS.SUPERIOR

(2) TRABALHADOR POR CONTA DE OUTREM; POR CONTA PROPRIA; OUTRA

(3) EMPREGADO; DESEMPREGADO; DOMÉSTICA; INCAPACIDADE PARA O TRABALHO; APOSENTADO; ESTUDANTE; OUTRA

OBSERVAÇÕES

V- SITUAÇÃO DE SAÚDE

ORDEM	NOME	DOENÇA(1)	DEFICIÊNCIA (2)	TIPO E GRAU DE DEFICIÊNCIA(3)	TIPO DE SUBSÍDIO(4)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

(1)(2) SIM; NÃO (3) DECLARAÇÃO DO MÉDICO DE FAMÍLIA

(4) BONIFICAÇÃO DO ABONO DE FAMÍLIA POR DEFICIÊNCIA; SUB. POR FREQ DE ESTABELECIMENTO DE ENSINO ESPECIAL; SUBSIDIO MENSAL VITALICIO; OUTRO

OBSERVAÇÕES

VI - TERMO DE RESPONSABILIDADE

TOMEI CONHECIMENTO DO CONTEÚDO DO PRESENTE PROGRAMA DE CONCURSO E DAS SUAS CONDIÇÕES E DECLARO QUE SÃO VERDADEIRAS TODAS AS AS DECLARAÇÕES PRESTADAS NESTE FORMULÁRIO DE CANDIDATURA, ESTANDO CONSCIENTE QUE A PRESTAÇÃO DE FALSAS DECLARAÇÕES DETERMINARÃO A ANULAÇÃO DA CANDIDATURA.

ASSINATURA DO CANDIDATO

CASTRO VERDE _____ DE _____ DE 2019

ENTRADA		INFORMAÇÃO DOS SERVIÇOS		DESPACHO	
PREENCHER PELOS SERVIÇOS	DATA <input style="width: 100%;" type="text"/>	PREENCHER PELOS SERVIÇOS		PREENCHER PELOS SERVIÇOS	
	PROCESSO <input style="width: 100%;" type="text"/>				
	O FUNCIONÁRIO _____				