



EXMO SENHOR PRESIDENTE  
DA CÂMARA MUNICIPAL DE GOLEGÃ

REGISTO DE ENTRADA	
RESERVADO AOS SERVIÇOS	Nº _____ / _____
	Em, ____ / ____ / ____
	O Funcionário, _____

PAGAMENTO DAS TARIFAS DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA A PRESTAÇÕES  
( AGREGADO FAMILIAR DESFAVORECIDO )

**IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE:**

NOME / DESIGNAÇÃO: \_\_\_\_\_

RESIDÊNCIA / SEDE: \_\_\_\_\_

LOCALIDADE: \_\_\_\_\_ FREGUESIA DE: \_\_\_\_\_

MUNICÍPIO DE \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_ - \_\_\_\_

CONTRIBUINTE N.º \_\_\_\_\_  SINGULAR N.º BI / CC / PASSAPORTE: \_\_\_\_\_

COLETIVO

CONTACTO TELEFÓNICO: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

N.º de Consumidor (\*) \_\_\_\_\_ Código de Cliente (\*) \_\_\_\_\_ Área (\*) \_\_\_\_\_

(\*) Campo de preenchimento obrigatório

venho por este meio requerer a Vossa Excelência o pagamento das tarifas de abastecimento de água a prestações pelo motivo de

**Anexos:**

- Requerimento, devidamente preenchido e assinado;
- Fotocópia do Comprovativo de rendimentos ou de ausência de rendimentos de todos os elementos do agregado, maiores de 15 anos que não se encontrem a estudar;
- Fotocópia do comprovativo de matrícula dos maiores de 15 anos que se encontram a estudar (quando aplicável);
- Fotocópia dos comprovativos das despesas com renda de casa ou prestação devida pela aquisição de habitação própria e permanente (quando aplicável);
- Fotocópia dos recibos das despesas com medicamentos sujeitos a receita médica, acompanhados das respetivas receitas médicas ou guias de tratamento para o utente, relativos ao último mês (quando aplicável);
- Fotocópias dos comprovativos das despesas mensais com educação, nomeadamente mensalidades com instituições de ensino ou componente de apoio à família, relativos ao último mês (quando aplicável);
- Fotocópias dos documentos comprovativos das despesas mensais com eletricidade, água e gás, relativos ao último mês;
- Atestado da composição do agregado familiar e da sua residência permanente no Concelho, emitido pela Junta de Freguesia da área de residência do agregado.

**1. COMPOSIÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR**

Nome	Parentesco	Data de Nascimento
1)	Titular	
2)		
3)		
4)		
5)		
6)		
7)		
8)		
9)		

**2. VALOR EM DÍVIDA E PRESTAÇÕES**

Valor em dívida \_\_\_\_\_

Número de prestações  
requeridas \_\_\_\_\_

**3. DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO**

Eu, abaixo assinado, \_\_\_\_\_, portador(a) do documento de Identificação Civil n.º \_\_\_\_\_, válido até \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, declaro, sob compromisso de honra, assumir inteira responsabilidade pela exatidão das informações prestadas, ficando desde já a Câmara Municipal da Golegã autorizada a realizar as diligências que julgue necessárias para averiguar da sua veracidade e autenticidade dos documentos comprovativos que anexo ao presente requerimento.

Assinatura do requerente / representante legal \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

**TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS | Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD – Regulamento (EU) 2016/679)**

Toma conhecimento que, os seus dados pessoais são utilizados pelo município de Golegã, enquanto responsável pelo tratamento, para a finalidade expressa no presente requerimento, bem como para fins estatísticos, e que pode exercer os direitos de informação, acesso, retificação, apagamento, limitação de tratamento, portabilidade, oposição e ser informado em caso de violação de segurança. Para mais informações sobre as práticas de privacidade do Município de Golegã, consulte o nosso site <http://www.cm-golega.pt> ou envie e-mail para [informatica@cm-golega.pt](mailto:informatica@cm-golega.pt).

Assinatura do requerente / representante legal \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.