



**Município De Cadaval**  
**Câmara Municipal**  
Divisão de Administração Geral

MGD nº \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

O Funcionário \_\_\_\_\_

Exmº Senhor  
Presidente da Câmara Municipal de Cadaval

**DADOS DO REQUERENTE**

Nome completo/designação: \_\_\_\_\_, contribuinte  
fiscal (pessoa singular ou coletiva) nº \_\_\_\_\_, com residência/sede \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ andar, na localidade de \_\_\_\_\_, código  
postal \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_, Freguesia de \_\_\_\_\_, portador do bilhete de identidade/cartão de  
cidadão nº \_\_\_\_\_, válido até \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, telefone/telemóvel \_\_\_\_\_, e-mail  
\_\_\_\_\_.

**VEM REQUERER A V. Exa.**

**DATA E ASSINATURA**

Pede deferimento.

Cadaval, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

O Requerente

Conferi a assinatura pelo B.I./C.C. n.º \_\_\_\_\_, válido até \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, o Funcionário \_\_\_\_\_  
Formulário disponível em : [www.cm-cadaval.pt](http://www.cm-cadaval.pt)