



Município De Cadaval
Câmara Municipal
Divisão de Administração Geral

MGD nº _____

Data ____/____/____

O Funcionário _____

SERVIÇOS DE APOIO À FAMÍLIA - DESISTÊNCIA

Exmº Senhor
Presidente da Câmara Municipal de Cadaval

DADOS DO ENCARREGADO DE EDUCAÇÃO

Nome completo: _____,
contribuinte fiscal nº _____, com residência _____,
nº _____, _____ andar, na localidade de _____, código postal _____ - _____,
Freguesia de _____, portador do bilhete de identidade/cartão de cidadão nº _____,
válido até ____/____/____, telefone/telemóvel _____, e-mail _____.

DADOS DO ALUNO

Nome completo: _____,
contribuinte fiscal nº _____, com residência _____,
nº _____, _____ andar, na localidade de _____, código postal _____ - _____,
Freguesia de _____, portador do bilhete de identidade/cartão de cidadão nº _____,
válido até ____/____/____, data de nascimento ____/____/____, matriculado na **Escola**
_____, no ano escolar _____.

VEM REQUERER a V. Exa.

A desistência/suspensão dos **Serviços de Apoio à Família** que a seguir se assinalam, a partir do dia ____ do mês
____ do ano letivo ____/____/____:

☐ Entradas ☐ Almoço ☐ Complemento de Horário ☐ Lanche
☐ Atividades de Tempos Livres ☐ Interrupções Letivas

Indicar se a desistência/suspensão dos serviços é temporária ou definitiva:

☐ Temporária Indicar o período de suspensão dos serviços: de ____/____/____ a ____/____/____.
☐ Definitiva

(A preencher sempre que o pedido é comunicado fora do prazo estabelecido no regulamento)

Indicar o motivo pelo qual só agora é requerido:

DATA E ASSINATURA

Cadaval, ____ de ____ de ____.

O Encarregado de Educação

Conferi a assinatura pelo B.I./C.C. n.º _____, válido até ____/____/____, o Funcionário _____
Formulário disponível em : www.cm-cadaval.pt

Mod. – BUA – DAG – 13.1_A1