

DIVISÃO ADMINISTRATIVA E DE RECURSOS HUMANOS
CANCELAMENTO DE ABONO DE FAMÍLIA

|PS.01-IM.15.04

Exmo. Senhor Presidente da Câmara Municipal de Amarante

1. Requerente

Nome , N^o Mecanográfico

Unidade Orgânica

2. Solicitação - Nos termos do art^o 56 do decreto-lei n^o 133 – b/97, o/a signatário/a apresenta este boletim, para que lhe seja cancelado o subsídio familiar que por esta entidade tem vindo a usufruir.

Pessoas em relação às quais é solicitado o cancelamento:

a) Menores até aos 16 anos

Nome data de nascimento

Nome data de nascimento

b) Estudantes (secundário, médio, superior)

Nome data de nascimento

Nome data de nascimento

c) Crianças e jovens portadores de deficiências

Nome data de nascimento

Nome data de nascimento

Motivo do cancelamento:

Espera de V. Ex.^a Deferimento,

Amarante, O/A Requerente*: _____ / Fdoc N^o

* Assinatura apenas necessária quando não submetido pelo próprio através da sua área funcional do FutureDoc