



Município de Loures

Alteração Responsável pelos Restos Mortais

Amb0106Alteração Responsável Restos Mortais

Exmo. Senhor
Presidente da Câmara Municipal de Loures

Identificação do requerente

Nome _____

N.º CC/BI/outro _____ **N.º Contribuinte** _____

Morada _____

Código Postal _____ - _____ **Tel.** _____

e-mail _____

Para efeitos do presente pedido, autorizo a notificação via e-mail.

Vem requerer a V. Exa. nos termos legais, a alteração do responsável por:

- "mortis causa"
 Impossibilidade ou desistência²

Dos restos mortais de³ _____,

que se encontram inumados no Cemitério Municipal de _____, em:

- Gavetão/Jazigo municipal n.º _____ Bloco n.º _____
 Ossário n.º _____ Compartimento n.º _____
 Sepultura temporária n.º _____ Talhão n.º _____
 Nicho de decomposição aeróbia n.º _____

Notas: ²Preencher a declaração de cessante; ³Nome do falecido.

Loures, _____

O requerente _____

Identificação do ²cessante

Nome _____

N.º CC/BI/outro _____ **N.º Contribuinte** _____

Morada _____

Código Postal _____ - _____ **Tel.** _____

e-mail _____

Declaro que aceito que _____,
fique responsável pelos restos mortais supra identificados.

Local e data _____, _____

O cessante _____



CÂMARA MUNICIPAL

Município de Loures

Elementos instrutórios:

- ___ Cópia do documento de identificação e NIF do requerente;
- ___ Cópia do documento de identificação e NIF do cessante;
- ___ Em caso de alteração de responsável por *mortis causa*, cópia da certidão de óbito do anterior responsável.