



Município de Loures

Reserva Estacionamento Deficiente

Trns0102Estacionamento Deficiente

Exmo. Senhor
Presidente da Câmara Municipal de Loures

Identificação do requerente

Nome/Designação _____

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

Morada/Sede _____

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

e-mail _____ **Qualidade¹** _____

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

Notas: ¹Deficiente, mandatário, outro.

Vem requerer a V. Exa. a reserva de estacionamento para pessoa com deficiência:

Junto à residência

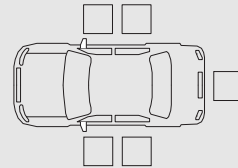
Junto ao local de trabalho

Porta de acesso ao veículo:

Condutor

Passageiro

Assinale a porta de acesso ao veículo:



Veículo com a matrícula _____ - _____ - _____

Nº Cartão do IMTT (dístico) _____ Validade _____ - _____ - _____

Identificação da pessoa com deficiência, caso não seja o requerente:

Nome _____

N.º CC/BI _____

Local da reserva

Morada _____

Freguesia _____

Loures, _____

O requerente _____



CÂMARA MUNICIPAL

Município de Loures

Elementos instrutórios:

- ___ Identificação e NIF do requerente;
- ___ Identificação da pessoa com deficiência (caso não seja o requerente);
- ___ Cópia do cartão de deficiente emitido pelo IMT;
- ___ Atestado médico de Incapacidade Multiuso;
- ___ Cópia dos documentos do veículo;
- ___ Declaração da entidade patronal do deficiente, atestando vínculo, local e horário laboral, aplicável quando a pretensão se refira a reserva de estacionamento junto ao local de trabalho;
- ___ Planta de localização.