



Município de Loures

Anulação Estacionamento Deficiente

Trns0103Anulação Estacionamento 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 anulação de estacionamento para pessoa com deficiência:

Por motivo de:

Falecimento

Outro² _____

Notas: ²Indicar o motivo.

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;
- ___ Planta de localização;
- ___ Cópia da certidão de óbito (se a anulação for por falecimento).