

Exmo. Senhor
Presidente da Câmara Municipal de Albufeira

DO REQUERENTE / COMUNICANTE

Nome * (1) _____

Morada * _____

Freguesia * _____

Cód. Postal * _____ - _____

NIF * _____

NIC/BI * _____

Válido até * _____ / _____ / _____

Telefone * _____

Telemóvel _____

Fax _____

Email _____

Na qualidade de representante de: _____

Outro(2): _____

Preencha de forma legível e sem abreviaturas. - preenchimento obrigatório*

(1) Nome ou designação do requerente, seja pessoa singular ou coletiva. Neste último caso, deverá referir em que qualidade o faz, juntando comprovativo dessa qualidade e apresentar documento que a tanto o autoriza. (2) Especificar.

DO PROCESSO

Nome do Executado _____

Nº de Processo _____

Tributo (*) _____

Área _____

Arruamento _____

(*) Ex.: Abastecimento de Água, Ocupação de Via Pública, Publicidade

REQUERIMENTO

Requerimento Revisão do ato Tributário

Com os seguintes fundamentos:

PROTEÇÃO DE DADOS

Dou o meu consentimento expresso [cfr. Art. 6º, n.º 1. al. a) do RGPD] para o tratamento dos meus dados por parte do Município de Albufeira, no âmbito do presente formulário.

Autorizo que os meus dados sejam utilizados para envio de comunicação Institucional.

Pede deferimento,

Albufeira, ____/____/____

O Requerente / Comunicante

A preencher pelos serviços

Conferi a identificação do requerente, através de:

Atendido por:

Assinatura do requerente / comunicante ou de outrem a seu rogo, se o mesmo não souber ou não puder assinar