



RESTITUIÇÃO/REEMBOLSO

Registo n.º:	
Processo n.º:	
Registado em:	

Exmo/a. Senhor/a
Presidente da Câmara Municipal de Vila Velha de Ródão

IDENTIFICAÇÃO DO/A TITULAR

Titular:	<input type="checkbox"/> Singular	<input type="checkbox"/> Coletiva
Nome/Denominação: *		
Domicílio/Sede: *		
N.º:		Lote/Andar:
Código Postal:		Localidade: *
Freguesia:		NIF/NIPC: *
Tipo de Documento de Identificação:	<input type="checkbox"/> Cartão de Cidadão	<input type="checkbox"/> Passaporte
	<input type="checkbox"/> Bilhete de Identidade	<input type="checkbox"/> Título de Residência
N.º:		Válido até:
Certidão Comercial Permanente (Código):		
Contacto Telefónico:		E-mail:

IDENTIFICAÇÃO DO/A REPRESENTANTE

Representante:	<input type="checkbox"/> Singular	<input type="checkbox"/> Coletiva	
Nome/Denominação:			
Domicílio/Sede:			
N.º:		Lote/Andar:	
Código Postal:		Localidade:	
NIF/NIPC:			
Tipo de Documento de Identificação:	<input type="checkbox"/> Cartão de Cidadão	<input type="checkbox"/> Passaporte	
	<input type="checkbox"/> Bilhete de Identidade	<input type="checkbox"/> Título de Residência	
N.º:		Válido até:	
Contacto Telefónico:		E-mail:	
Qualidade de:	<input type="checkbox"/> Representante Legal	<input type="checkbox"/> Gestor/a de Negócios	<input type="checkbox"/> Mandatário/a
	<input type="checkbox"/> Outra, indique:		
N.º de cédula profissional:			
Código de Consulta da Procuração Online:			

NOTIFICAÇÕES

As notificações devem ser dirigidas para o/a: *	<input type="checkbox"/> Titular	<input type="checkbox"/> Representante	
Autorizando que sejam feitas via: *	<input type="checkbox"/> E-mail	<input type="checkbox"/> Telefone	<input type="checkbox"/> Correio Postal. Para outra morada: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, indique:
Domicílio/Sede:			
N.º:		Lote:	
Código Postal:		Localidade:	



RESTITUIÇÃO/REEMBOLSO

PEDIDO

Vem requerer a restituição/reembolso do montante infra identificado:			
Montante:			
N.º do processo:			
Relativo a:			
Motivo:	<input type="checkbox"/> Pagamento em duplicado	<input type="checkbox"/> Pagamento indevido	
	<input type="checkbox"/> Outro motivo, especifique:		
Identificação do meio de pagamento			
<input type="checkbox"/> Transferir para a conta bancária:			
<input type="checkbox"/> Próprio requerente.			
Identificação do IBAN:			
<input type="checkbox"/> De outra pessoa:			
Identificação:			
IBAN do titular:			
<input type="checkbox"/> Pagamento por cheque			
<input type="checkbox"/> Pagamento por numerário			

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

- Os dados pessoais recolhidos neste pedido são necessários, única e exclusivamente, para dar cumprimento ao disposto no artigo 102.º do Código do Procedimento Administrativo (CPA), no artigo 17.º do Decreto-Lei n.º 135/99, de 22 de abril e/ou ao previsto na legislação específica aplicável ao pedido formulado.
- O tratamento dos dados referidos no ponto 1 por parte do Município de Vila Velha de Ródão respeitará a legislação em vigor em matéria de proteção de dados pessoais e será realizado com base nas seguintes condições:
 - Responsável pelo tratamento** – Município de Vila Velha de Ródão;
 - Finalidade do tratamento** – Cumprimento de uma obrigação jurídica (CPA e/ou de legislação específica aplicável ao pedido formulado) ou necessário ao exercício de funções de interesse público;
 - Destinatário(s) dos dados** – Serviço municipal com competência para analisar ou intervir no pedido, de acordo com a orgânica municipal em vigor;
 - Conservação dos dados pessoais** – Prazo definido na legislação aplicável ao pedido.
- Para mais informações sobre as práticas de privacidade do Município de Vila Velha de Ródão consulte o nosso site em <https://www.cm-vvrodao.pt/> ou envie um e-mail para geral@cm-vvrodao.pt;
- Os documentos apresentados no âmbito do presente pedido são documentos administrativos, pelo que o acesso aos mesmos se fará em respeito pelo regime de acesso à informação administrativa e ambiental e reutilização dos documentos administrativos (Lei n.º 26/2016, de 22 de agosto).

OUTRAS DECLARAÇÕES

- * O/A subscritor/a, sob compromisso de honra e consciente de incorrer em eventual responsabilidade penal caso preste falsas declarações, declara que os dados constantes do presente requerimento correspondem à verdade.

(Os campos assinalados com * são de preenchimento obrigatório)



RESTITUIÇÃO/REEMBOLSO

Pede deferimento, Vila Velha de Ródão, __/__/__		<input type="checkbox"/> Conferi a identificação do/a Titular/Representante através dos documentos de identificação exibidos.
<input type="checkbox"/> O/A Titular	<input type="checkbox"/> O/A Representante	<input type="checkbox"/> Validei a conformidade da assinatura de acordo com o documento exibido.
(Assinatura do/a titular ou de outrem a seu rogo, se o mesmo não souber ou não puder assinar)		
		O/A Funcionário/a

Responsável pela Direção do Procedimento:	Presidente da Câmara Municipal		
Contacto Telefónico:	272 540 300	E-mail:	geral@cm-vvrodao.pt

Gestor/a do Procedimento:	Coordenador do Serviço de Atendimento Geral (SAG)		
Contacto Telefónico:	272 540 300	E-mail:	atendimento@cm-vvrodao.pt

FUNDAMENTAÇÃO DA NÃO APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

--

DOCUMENTOS A APRESENTAR

Para o efeito, apresenta os documentos que se elencam:
<input type="checkbox"/> Titular - Outros documentos de legitimidade
<input type="checkbox"/> Representante - Documento comprovativo da qualidade de representação
<input type="checkbox"/> Documento comprovativo do International Bank Account Number (IBAN)
<input type="checkbox"/> Documento comprovativo do montante pago