



SGD n.º _____/20____, de ____/____/20____

REQUERIMENTO - BOLSAS DE ESTUDO – ANO LETIVO DE 2018/2019

Processo n.º _____/20____/ Medida do RASMO _____ (a preencher pelos serviços)

Exmo. Senhor Presidente da Câmara Municipal de Ovar,

Nome completo do(a) candidato(a)

com residência em _____

Código postal _____ - _____ Freguesia _____

Data de nascimento ____/____/____ Idade _____

N.º Cartão de Cidadão/BI _____, válido até ____/____/____

N.º de Contribuinte (NIF) _____, N.º de Id. da Seg. Social (NISS) _____

Telefone _____, Telemóvel _____, E-mail _____

Contacto telefónico com o pai/mãe ou outro elemento da família para prestação de informação (campo de preenchimento obrigatório) _____

Vem requerer a V. Ex.ª a apreciação de candidatura para:

Bolsas de Estudo (Anexar Formulário de Candidatura e documentação para instrução de candidatura)

Pede deferimento,

Data ____/____/2018

O(a) Candidato(a)

(Assinatura conforme CC/ BI)

A PREENCHER PELOS SERVIÇOS

Conferi os elementos de identificação e a assinatura através do Cartão de Cidadão ou BI/NIF/NISS que me foram exibidos.

(Assinatura do Funcionário que recebe a candidatura)