Exmo. Senhor Presidente

da Câmara Municipal do Porto

|  |
| --- |
| 1. **Requerente**
 |
| Nome |  |
| N.º de Identificação Fiscal  |  | Código da Certidão Comercial Permanente [Entidade coletiva] |  |
| N.º de Identificação Civil [C.C., B.I., Passaporte] |  | Validade |  |
| Morada |  |
| Freguesia |  |
| Localidade |  | Código Postal |  |
| Telefone/Telemóvel |  | E-mail |  |
| Na qualidade de:  | [ ]  Proprietário | [ ]  Usufrutuário | [ ]  Locatário | [ ]  Superficiário | [ ]  Outro |  |
| Por ser mais seguro, rápido e amigo do ambiente, a Câmara Municipal do Porto envia as notificações para o e-mail indicado, no decorrer deste processo [Parte A do Código Regulamentar do Município do Porto]. [ ]  Não autorizo o envio de notificações para o e-mail indicado. |

|  |
| --- |
| 1. **Representante**
 |
| Nome |  |
| N.º de Identificação Fiscal  |  |
| N.º de Identificação Civil [C.C., B.I., Passaporte] |  | Validade |  |
| Telefone/Telemóvel |  | E-mail |  |
| Na qualidade de:  | [ ]  Mandatário | [ ]  Sócio-gerente | [ ]  Administrador | [ ]  Outro |  |

|  |
| --- |
| 1. **Pedido**
 |
| Venho requerer a alteração **de responsabilidade de ossário ou cendrário**, conforme indicado abaixo: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Local  | [ ]  Cemitério de Agramonte | [ ]  Cemitério do Prado Repouso |
| Motivo | [ ]  Falecimento do anterior responsável | [ ]  Concordância entre o anterior e o futuro responsável [obrigatório consentimento do anterior responsável] |
| Nome completo do falecido |  |
| Data do falecimento |  |
| Número do ossário ou cendrário |   |

|  |
| --- |
| 1. **Documentos instrutórios**
 |
| O seu pedido deve ser instruído com os elementos abaixo indicados.  |

|  |
| --- |
| [ ]  **1. Certidão de óbito** |
|  |
| [ ]  2**. Declaração de consentimento** |
|  |
| [ ]  **3.** **Outros** elementos que o requerente pretenda apresentar [ ]  **3.1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  [ ]  **3.2\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  |

|  |
| --- |
| 1. **Observações**
 |
| Os [formulários](https://portaldomunicipe.cm-porto.pt/formularios) e o [Código Regulamentar do Município do Porto](http://crmp.cm-porto.pt/) podem ser consultados em [https://portaldomunicipe.cm-porto.pt](https://portaldomunicipe.cm-porto.pt/) Para qualquer esclarecimento adicional, contacte-nos de 2.ª a 6.ª feira, das 9h00 às 19h00, através da Linha Porto. 220 100 220 (chamada para a rede fixa nacional). |

|  |
| --- |
| 1. **Tratamento de dados pessoais**
 |
| **1. Não junte nenhum dado ou documento pessoal que não lhe pedimos!** Colabore connosco na proteção da sua privacidade! Não junte o seu cartão de cidadão, atestados ou relatórios médicos ou qualquer outro documento de caráter pessoal, a menos que o Município o solicite expressamente. Se juntar estes documentos, o Município pode ter que permitir o seu acesso a terceiros, por força da Lei de Acesso aos Documentos Administrativos. |
| **2.** O Município do Porto utiliza os seus dados pessoais para dar resposta aos seus pedidos, proceder à instrução dos seus processos, prestar informações sobre assuntos da cidade, para fins estatísticos e na realização de estudos de suporte à definição de políticas públicas municipais. |
| **3.** Para informações adicionais sobre as práticas de privacidade do Município do Porto ou contacto com o Encarregado de Proteção de Dados, consulte o nosso site em https://www.cm-porto.pt/legal/politica-de-privacidade. |
| **4.** De acordo com o entendimento da Comissão de Acesso aos Documentos Administrativos os documentos apresentados no âmbito do presente processo são documentos administrativos, pelo que o Município poderá estar obrigado a garantir o seu acesso a terceiros. |
| [ ]  Tomei conhecimento |

|  |
| --- |
| 1. **Peço deferimento**
 |
| Assinatura |   | Data |  |

|  |
| --- |
| A preencher pela CMP. Notas:  |
|  |
| Procedi à verificação. [Técnico de Atendimento] |  | Data |  |