

Ex.mo Sr. Presidente da Câmara Municipal de Amares

Nome*:

Morada/sede*:

Código Postal: Freguesia: Concelho:

B.I./C.C. n.º: Validade: Contribuinte n.º

Telf/Telm.: E-mail:

*Preenchimento obrigatório nos termos da Lei nº43/90, de 10 de agosto

- Autoriza o envio de comunicações/notificações, no decorrer deste processo, para o email indicado.
- O/A titular dos dados declara prestar o seu consentimento expreso para efeitos de tratamento dos seus dados pessoais, os quais serão utilizados apenas para este preciso âmbito.

Vem apresentar queixa contra:

NOME (se conhecido)

MORADA

Pede deferimento,
Amares, de _____ de 20____
O/A Queixoso/a,

B.I./C.C. Validade:

Dados a preencher pelo signatário, nos termos do DL 250/96, de 24 de dezembro