



Município de Oliveira do Hospital

FICHA DE REQUISIÇÃO DE TRANSPORTE ESCOLAR

Registo n.º:		
Processo n.º:		Exmo(a). Senhor(a)
Registado em:		Presidente da Câmara Municipal de Oliveira do Hospital

REQUERENTE

Ano Letivo	<input type="text"/>	Vai frequentar	<input type="text"/>	.º Ano	
Estabelecimento	<input type="text"/>				
Local de Embarque	<input type="text"/>				
Nome Completo	<input type="text"/>				
Data de Nascimento:	<input type="text"/>	NIF	<input type="text"/>		
Nome do Encarregado de Educação	<input type="text"/>				
Residência:	<input type="text"/>	N.º:	<input type="text"/>	Lote/Andar:	<input type="text"/>
Lugar:	<input type="text"/>				
Código Postal:	<input type="text"/>	Localidade:	<input type="text"/>		
Contacto Telefónico:	<input type="text"/>	Outro:	<input type="text"/>		
E-mail:	<input type="text"/>				

TIPO DE PEDIDO (preenchimento obrigatório)

Novo

Renovação

2.ª Via

FOTOGRAFIA

Os dados recolhidos são estritamente sigilosos e para uso exclusivo na receção e tratamento da informação referente ao serviço prestado - Transportes Escolares. Declaro ainda que autorizo a utilização dos dados acima constantes.

Tomei conhecimento

Data Assinatura

DOCUMENTOS A ENTREGAR

Fotografia

A PREENCHER PELOS SERVIÇOS

Data Assinatura