



## 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  Vai frequentar .º Ano

Estabelecimento

Local de Embarque

Nome Completo

Data de Nascimento:  NIF

Nome do Encarregado de Educação

Residência:  N.º:  Lote/Andar:

Lugar:

Código Postal:  Localidade:

Contacto Telefónico:  Outro:

E-mail:

#### TIPO DE PEDIDO (preenchimento obrigatório)

Novo   
(O passe RBL tem custos associados)

Renovação  N.º que consta no passe:

2.ª Via  N.º que consta no passe:   
(Caso seja RBL ou da Marques terá custos associados)



**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