

Município de Leiria
Câmara Municipal

Anexo I

Ex. ^{mo} Senhor
Presidente da Câmara Municipal de Leiria
Largo da Republica
2414 – 006 Leiria

ASSUNTO: Candidatura ao Programa LEIRIA ALIMENTA

_____ (Nome), com o Bilhete de Identidade / Cartão de Cidadão n.º _____, Número de Identificação Fiscal _____, residente em (Rua, Av., etc,) _____, n.º/Andar _____ na localidade de _____, Código Postal _____ - _____ Freguesia de _____ Concelho de _____, Telefone/Telemóvel n.º _____, email _____, vem solicitar a V.^a Exa. apoio no âmbito do Programa "LEIRIA ALIMENTA" para o agregado familiar composto pelos seguintes elementos:

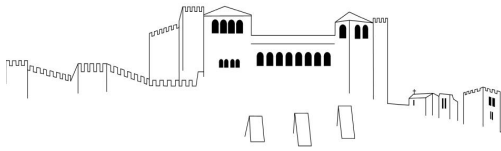
	Nome	Data de Nascimento	Parentesco com o/a requerente	Número de Identificação Fiscal	Bilhete de Identidade ou Cartão de Cidadão	Situação perante o trabalho	Rendimento Mensal
1	Requerente		Próprio/a	_____	_____		
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							

Indico os motivos pelos quais que o agregado familiar se encontra na seguinte situação de insuficiência económica, gerada pela situação de pandemia - COVID 19:

- perda/diminuição de rendimentos por situação de desemprego;
- perda/diminuição de rendimentos por inatividade profissional como trabalhador independente;
- perda/diminuição de rendimentos por situação lay-off;
- perda/diminuição de rendimentos por situação de doença;

De acordo com os critérios para o apoio previsto no programa LEIRIA ALIMENTA, declaro apresentar em anexo à presente candidatura os seguintes elementos instrutórios:

- Documento de identificação de todas as pessoas do agregado familiar;
- Fotocópia dos rendimentos do mês antecedente, se aplicável;



Município de Leiria
Câmara Municipal

Anexo I

Comprovativo da situação de desemprego, se aplicável;

O/A requerente assume sob compromisso de honra, da veracidade de todas as declarações prestadas no âmbito da presente candidatura e que a mesma se destina ao mesmo fim, sob pena de responsabilidade civil e criminal.

Declara também que autoriza os serviços da Divisão de Desenvolvimento Social a recolher e prestar informação complementar junto dos restantes elementos do agregado familiar, das instituições que prestam apoio à família, dos serviços do Instituto da Segurança Social, IP, para efeitos exclusivos da presente candidatura e com carácter de sigilo.

Leiria, ____ de _____ de 2020

O/A Requerente:

Nota: A candidatura deverá ser enviada para o email: accso.social@cm-leiria.pt, em caso de dúvida contactar o telefone 244 839 652.

Declaração

_____ (Presidente da Junta de Freguesia/União das Freguesias ou Diretor do Estabelecimento de Ensino) declara para os devidos efeitos que o agregado familiar _____(nome) se encontra na situação de insuficiência económica anteriormente assinalada.

O/A Presidente da Junta de Freguesia/União das Freguesias
ou
O/A Diretor/a do Estabelecimento de Ensino

Recibo de entrega de candidatura Programa "LEIRIA ALIMENTA"

Data de Receção: ____/ ____/ ____

Nome do/a candidato/a: _____

Nome do/a trabalhador/a que recebeu a candidatura e carimbo da Entidade recetora:
