

PEDIDO DE ALTERAÇÃO DE CONTACTO

D.L. 555/99, de 16 de dezembro na sua atual redação

Ex.mo Senhor Presidente da Câmara Municipal de Vila Flor

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

Nome _____ Na qualidade de _____

Morada Fiscal _____

Freguesia _____ Concelho _____ Código Postal _____

Identificação Fiscal _____ Tipo _____ Telefone _____

Telemóvel _____ E-mail _____

Autorizo que as notificações sejam realizadas exclusivamente por via eletrónica, para o endereço de correio eletrónico identificado no presente requerimento.

PRETENSÃO

No âmbito do processo n.º _____ / _____, vem comunicar a alteração de contacto para envio de notificações para:

Nome _____

Morada Fiscal _____

Freguesia _____ Concelho _____ Código Postal _____

Telemóvel _____ E-mail _____

Para processo:

Autorizo a utilização dos meus dados inseridos neste formulário para fins de tratamento do processo aqui requerido.

NÃO autorizo a utilização dos meus dados inseridos neste formulário para fins de tratamento do processo aqui requerido.

Para utilização geral do Município:

Autorizo a utilização dos meus dados mencionados neste requerimento para efeitos de divulgação de iniciativas do município.

NÃO autorizo a utilização dos meus dados mencionados neste requerimento para efeitos de divulgação de iniciativas do município.

DATA E ASSINATURA

Pede Deferimento,

Assinatura _____ Data _____