

**ESTACIONAMENTO PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA**

Ex.mo Senhor

Presidente da Câmara Municipal de Penafiel

REQUERENTENome: NIF: Morada: Código Postal: Contacto telefónico: E-mail: **OBJETO DO REQUERIMENTO**

Vem requerer a V. Ex.a (assinale com X o assunto pretendido):

 Reserva de estacionamento para pessoa com deficiênciaN.º do cartão do IMT (dístico) Validade Veículo com a matrícula Junto à residência Junto ao local de trabalho Alteração do local de reserva de estacionamento para pessoa com deficiência, para a seguinte novaMorada: Código Postal: Anulação da reserva de estacionamento para pessoa com deficiência Outro **DOCUMENTOS INSTRUTÓRIOS**

A prova para atribuição de estacionamento especial é feita através da exibição, para conferência na apresentação do pedido, dos correspondentes originais dos seguintes documentos:

 Cartão de estacionamento para pessoas com deficiência, de acordo com o Decreto-Lei n.º 307/2003, de 10 de dezembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 17/2011, de 27 de janeiro, pela Lei n.º 48/2017, de 7 de julho e pelo Decreto-Lei n.º 128/2017, de 9 de Outubro do requerente; Atestado médico de incapacidade multiuso do requerente; Comprovativo do domicílio fiscal do requerente, caso se destine a fazer prova da sua residência; Documento da entidade patronal, em papel timbrado, que ateste que o requerente é funcionário e qual o seu horário laboral, caso se destine a fazer prova do seu local de trabalho

Apresentação/Entrega de:

Declaração comprovativa de que não possui estacionamento próprio (conforme artigo 37.0 do Regulamento Municipal de Trânsito, Circulação e Estacionamento);

Planta com a localização do lugar pretendido.

TOMA CONHECIMENTO

O Município de Penafiel utiliza os seus dados pessoais para dar resposta aos seus pedidos, para a instrução dos seus processos e a prestação de informação sobre assuntos da autarquia.

Para mais informações sobre as práticas de privacidade do Município de Penafiel consulte a nossa página web em <https://www.cm-penafiel.pt/politica-de-privacidade> ou envie um e-mail para dpo@cm-penafiel.pt.

PEDE DEFERIMENTO

Assinatura

Data

O Técnico de Atendimento procede à **verificação do processo**, aconselhando o requerente a não efetuar a entrega sem que o mesmo seja devidamente corrigido.

NOTAS

O Técnico de Atendimento

Data