

**ESTACIONAMENTO PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA****Exmo Senhor****Presidente da Câmara Municipal de Penafiel****REQUERENTE**Nome:  NIF: Morada: Código Postal: Contacto telefónico:  E-mail: **OBJETO DO REQUERIMENTO**

Vem requerer a V. Exa (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 36.º 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](mailto: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