



REQUERIMENTO PARA SUSPENSÃO PROVISÓRIA DOS EFEITOS DA INSCRIÇÃO INICIAL

NÚMERO DE BENEFICIÁRIO DA CPAS _____

NOME COMPLETO (IGUAL AO B.I.) _____

DOMICÍLIO PROFISSIONAL _____

LOCALIDADE _____ COD.POST. [][][][]-[][][] TELEF. _____ FAX _____

VEM REQUERER

Ao abrigo, nos termos e para os efeitos do ARTIGO 5.º N.º 4 do RCPAS, a Suspensão Provisória dos efeitos da Inscrição inicial na CPAS, até três anos a contar da sua inscrição inicial.

_____, _____ de _____ de _____

O/A Beneficiário/a

(Assinatura igual à do Bilhete de Identidade)