



## REQUERIMENTO PARA PAGAMENTO DO TEMPO DE ESTÁGIO

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-A do RCPAS, o pagamento das contribuições correspondentes ao tempo legal de estágio, conforme declaração em anexo, pelo \_\_\_\_\_ escalão.

Mais requero que o pagamento das referidas contribuições seja feito:

Em \_\_\_ Prestações  (máximo 6)

De uma só vez

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

O/A Beneficiário/a

---

(Assinatura igual à do Bilhete de Identidade)