

DECLARAÇÃO

(Autorização de Trasladação de Cadáver)

IDENTIFICAÇÃO DO DECLARANTE

NOME: _____
CONTRIBUINTE: _____ ESTADO CIVIL: _____
B. I/C.C. _____ DATA: ____ / ____ / ____ EMISSÃO: _____
SEDE/
RESIDÊNCIA: _____
CÓDIGO POSTAL: _____ - _____ LOCALIDADE: _____
TELEFONE: _____ TELEMÓVEL: _____

Declara que autoriza o/a seu/sua _____ (1),
_____ (2), contribuinte n.º
_____, a requerer a trasladação dos restos mortais de seu/sua _____ (1),
_____ (2), falecido/a a
_____ (3), e inumado no Leirão n.º _____, Lado _____, Fila n.º _____ e
Campa/Jazigo n.º _____.

O Declarante,

Montemor-o-Velho, ____ de _____ de 201__

(1) - Grau de Parentesco

(2) - Nome

(3) - Data de Falecimento

Documentos a apresentar para:

1 – Declaração de autorização de Trasladação de Cadáver

- B. I/C.C. do Declarante (Fotocópia)

- N.º Contribuinte do Declarante (Fotocópia)
