|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Campanha de apoio à esterilização de animais de companhia (cães e gatos)** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **Exmo. Sr. Presidente da Câmara Municipal,** | | | | | | | | | | |
| **REQUERENTE** | | | | | | | | | | |
| Nome: | | | | | | | | | | |
| N.º B.I/C.C: | | Data de validade:    /    / | | | | NIF/NIPC: | | | | |
| Morada: | | | | | | | | | | |
| Localidade: | | | | | | | Código Postal: | | | |
| Freguesia: | | | Telefone: | | | | | | Telemóvel: | |
| Correio eletrónico: | | | | | | | | | | |
| **EXPOSIÇÃO DO PEDIDO** | | | | | | | | | | |
| Vem requerer a V. Exa. a inscrição na campanha de apoio à esterilização de animais de companhia (canídeo ou felídeo com mais de 6 meses), apresentando a respetiva candidatura e fornecendo cópia dos seguintes documentos: | | | | | | | | | | |
| Declaração emitida pela Junta de Freguesia comprovando a Carência socioeconómica (quando aplicável) | | | | | | | | | | |
| Comprovativo de residência do detentor do animal no Concelho de Vagos (fatura de luz ou fatura de água) | | | | | | | | | | |
| Comprovativo da identificação eletrónica e registo atualizado no sistema de informação de animais de companhia (SIAC) | | | | | | | | | | |
| Cópia do boletim sanitário com informação relativa à espécie, sexo e peso do animal. No caso de canídeos terão de ter a vacina antirrábica válida. | | | | | | | | | | |
| Comprovativo de registo e licença na junta de freguesia da área de residência (obrigatório apenas no caso de cães) | | | | | | | | | | |
| Declaração do SIAC emitida pelo Médico Veterinário responsável pela esterilização com a data de realização e o tipo de esterilização “financiada pelo Município de Vagos” selecionado (a apresentar após a realização do procedimento) | | | | | | | | | | |
| Fatura e recibo do procedimento realizado (a apresentar após a realização do procedimento) | | | | | | | | | | |
| Comprovativo do IBAN do requerente | | | | | | | | | | |
| **Identificação dos animais que irão beneficiar do apoio (quatro animais por agregado familiar):** | | | | | | | | | | |
| Espécie | Raça | Nome | | | Sexo | | | | | N.º identificação eletrónica |
|  |  |  | | | F | | | M | |  |
|  |  |  | | | F | | | M | |  |
|  |  |  | | | F | | | M | |  |
|  |  |  | | | F | | | M | |  |
| **Declaro tomar conhecimento e aceitar as condições da campanha, assumindo por minha honra que as informações prestadas correspondem à verdade.** | | | | | | | | | | |
| **Pede deferimento,** | | | | **O requerente/representante,** | | | | | | |
| Vagos    de       de | | | | Assinatura:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | |
| **Parecer do médico veterinário (reservado aos serviços)** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |