



Pedido de Indemnização por responsabilidade civil extracontratual

**Exmo. Senhor
Presidente da Câmara Municipal de Albufeira**

REQUERENTE

Nome * (1)

Morada *

Freguesia *

Cód. Postal *

NIF *

NIC/BI *

Válido até *

Telefone *

Telemóvel

Email

Na qualidade

Preencha de forma legível e sem abreviaturas. - preenchimento obrigatório*

(1) Nome ou designação do requerente, seja pessoa singular ou coletiva. Neste último caso, deverá referir em que qualidade o faz, juntando comprovativo dessa qualidade e apresentar documento que a tanto o autoriza

DESCRIÇÃO PORMENORIZADA DO FACTO LESIVO (Com indicação do dia, hora e local)

Local

Data

Hora

Exposição:

INDICAÇÃO DOS DANOS SOFRIDOS

Danos

Valor dos danos

Documentos comprovativos dos danos

INDICAÇÃO DOS MEIOS DE PROVA (*)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Auto de GNR | <input type="checkbox"/> Protesto juntar |
| <input type="checkbox"/> Fotografias | <input type="checkbox"/> Protesto juntar |
| <input type="checkbox"/> Testemunhas | <input type="checkbox"/> Protesto juntar |
| <input type="checkbox"/> Relatórios médicos | <input type="checkbox"/> Protesto juntar |

(*) Deverá proceder à junção/indicação no prazo de 10 dias úteis sob a data de apresentação do presente requerimento, sob pena de não serem consideradas no process.

IDENTIFICAÇÃO DAS TESTEMUNHAS

IDENTIFICAÇÃO DA TESTEMUNHA 1

Nome *

Morada *

Freguesia *

Cód. Postal *

NIF *

Telefone

Telemóvel

Email

Preencha de forma legível e sem abreviaturas.* - preenchimento obrigatório

IDENTIFICAÇÃO DA TESTEMUNHA 2

Nome *

Morada *

Freguesia *

Cód. Postal *

NIF *

Telefone

Telemóvel

Email

Preencha de forma legível e sem abreviaturas.* - preenchimento obrigatório

IDENTIFICAÇÃO DA TESTEMUNHA 3

Nome *

Morada *

Freguesia *

Cód. Postal *

NIF *

Telefone

Telemóvel

Email

Preencha de forma legível e sem abreviaturas.* - preenchimento obrigatório

IDENTIFICAÇÃO DA TESTEMUNHA 4

Nome *

Morada *

Freguesia *

Cód. Postal *

NIF *

Telefone

Telemóvel

Email

Preencha de forma legível e sem abreviaturas.* - preenchimento obrigatório

IDENTIFICAÇÃO DA TESTEMUNHA 5

Nome *

Morada *

Freguesia *

Cód. Postal *

NIF *

Telefone

Telemóvel

Email

Preencha de forma legível e sem abreviaturas.* - preenchimento obrigatório

OUTROS MEIOS DE PROVA

PROTEÇÃO DE DADOS

- O titular de dados tomou conhecimento que o Município de Albufeira tem legitimidade para proceder ao tratamento destes dados nos termos e para os efeitos do Art. 6.º, n.º 1. als. b), c), e) e f) do RGPD, encontrando-se toda a informação necessária nos termos dos artigos 13.º e 14.º do RGPD, relativamente ao tratamento de dados e ao exercício de direitos por parte do titular na Política de Privacidade e de Proteção de Dados em vigor no Município de Albufeira, disponível em <https://www.cm-albufeira.pt/content/politica-de-privacidade>

O(A) subscritor(a), sob compromisso de honra e consciente de incorrer em eventual responsabilidade penal caso preste falsas declarações, declara que os dados constantes do presente documento correspondem à verdade e que tomou conhecimento que cumpre todas as obrigações legais e regulamentares identificadas.

Albufeira,

O(A) Requerente / Comunicante