

Exmo(a) Senhor(a):
Presidente do Conselho de administração da ULSBA

IDENTIFICAÇÃO	Nome																														
	Utente nº	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																													
	Doc. Identificação (BI, CC, Passaporte, TR)	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																													
	Emitido por																em														
Validade																															
Número Fiscal de Contribuinte	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																														

NATURALIDADE	Data de Nascimento																									
	Freguesia de																Concelho de									

RESIDÊNCIA	Rua/Lugar																																								
	Código Postal											-																													
	Freguesia de																Concelho de																								
	Telefone:	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				ou	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																		

Não estando de acordo com a incapacidade que lhe foi atribuída em junta médica realizada em ____/____/____ na Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, e da qual resultou o atestado médico com o registo nº ____/____, vem (de acordo com o previsto no nº 1 do artº 5º do Decreto-Lei nº 15/2024, de 17/01, que altera o Decreto-Lei nº 202/96, de 23/10) interpor recurso da avaliação que lhe foi efetuada, fundamentando-se em:

Pede deferimento

_____, _____ de _____ de _____

(assinatura)

REQUERIMENTO DE RECURSO A ENTREGAR NO PRAZO DE 30 DIAS