



Responsável do agregado familiar**

Nome*

Sexo M/F Data de Nascimento*

Morada*

Código Postal* -

Concelho* Telemóvel

Email*

Pretende ser beneficiário S/N

Nº Cartão Andante* Nº Contribuinte (NIF)*

Assinale e preencha o nº correspondente de um único documento de identificação*

Cartão de Cidadão B.I. Passaporte Outro Tipo

Nº documento de identificação Data de validade

Outros beneficiários*

1 Nome*

Sexo M/F Data de Nascimento*

Morada***

Código Postal -

Concelho Telemóvel

Email

Relação familiar com o responsável do agregado ou outro requerente*
(Cônjuge, Unido de facto, Pai/Mãe, Filho(s), Avô(ó)/Neto(a)...)

Indique qual*
(requerente a que se refere a relação)

Cartão de Cidadão B.I. Passaporte Outro Tipo

Nº documento de identificação Data de validade

Nº Cartão Andante* Nº Contribuinte (NIF)*

* Dados de preenchimento obrigatório.

** O responsável do agregado familiar deve ser um dos sujeitos passivos de IRS ou, nos restantes casos, qualquer membro do agregado familiar maior de idade.

*** A preencher apenas para os elementos do agregado familiar com morada fiscal diferente do requerente responsável.

2

Nome*

Sexo M/F

Data de Nascimento*

Morada***

Código Postal

Concelho

Telemóvel

Email

Relação familiar com o responsável do agregado ou outro requerente*

(Cônjuge, Unido de facto, Pai/Mãe, Filho(s), Avô(ó)/Neto(a)...)

Indique qual*

(requerente a que se refere a relação)

Cartão de Cidadão

B.I.

Passaporte

Outro

Tipo

Nº documento de identificação

Data de validade

Nº Cartão Andante*

Nº Contribuinte (NIF)*

3

Nome*

Sexo M/F

Data de Nascimento*

Morada***

Código Postal

Concelho

Telemóvel

Email

Relação familiar com o responsável do agregado ou outro requerente*

(Cônjuge, Unido de facto, Pai/Mãe, Filho(s), Avô(ó)/Neto(a)...)

Indique qual*

(requerente a que se refere a relação)

Cartão de Cidadão

B.I.

Passaporte

Outro

Tipo

Nº documento de identificação

Data de validade

Nº Cartão Andante*

Nº Contribuinte (NIF)*

4

Nome*

Sexo M/F

Data de Nascimento*

Morada***

Código Postal

Concelho

Telemóvel

Email

Relação familiar com o responsável do agregado ou outro requerente*

(Cônjuge, Unido de facto, Pai/Mãe, Filho(s), Avô(ó)/Neto(a)...)

Indique qual*

(requerente a que se refere a relação)

Cartão de Cidadão

B.I.

Passaporte

Outro

Tipo

Nº documento de identificação

Data de validade

Nº Cartão Andante*

Nº Contribuinte (NIF)*

5 Nome*
 Sexo M/F Data de Nascimento*
Morada***

Código Postal -
Concelho Telemóvel
Email
Relação familiar com o responsável do agregado ou outro requerente*
(Cônjuge, Unido de facto, Pai/Mãe, Filho(s), Avô(ó)/Neto(a)...)
Indique qual*
(requerente a que se refere a relação)
Cartão de Cidadão B.I. Passaporte Outro Tipo
Nº documento de identificação Data de validade
Nº Cartão Andante* Nº Contribuinte (NIF)*

6 Nome*
 Sexo M/F Data de Nascimento*
Morada***

Código Postal -
Concelho Telemóvel
Email
Relação familiar com o responsável do agregado ou outro requerente*
(Cônjuge, Unido de facto, Pai/Mãe, Filho(s), Avô(ó)/Neto(a)...)
Indique qual*
(requerente a que se refere a relação)
Cartão de Cidadão B.I. Passaporte Outro Tipo
Nº documento de identificação Data de validade
Nº Cartão Andante* Nº Contribuinte (NIF)*

Autorizo ser contactado para estudos e inquéritos de mobilidade e transportes.

(Assinatura do requerente responsável pelo agregado familiar conforme documento de identificação)



Declaro, sob compromisso de honra, que as informações que constam deste documento são verdadeiras e autorizo o TIP – Transportes Intermodais do Porto, ACE a consultar as entidades competentes para confirmação da informação constante do presente requerimento.

Declaro, sob compromisso de honra, que todos os beneficiários possuem domicílio fiscal comum num dos concelhos da Área Metropolitana do Porto, e preenchem as condições de adesão à assinatura Andante Família.

Autorizo a recolha, processamento e utilização dos meus dados pessoais nos termos e para os efeitos acima identificados.

Autorizo a atualização dos dados do cartão Andante, com base nas informações prestadas no presente requerimento.

Tomo conhecimento de que a prestação de informações falsas, incompletas ou inexatas pode implicar o cancelamento da assinatura mensal Andante Família, bem como a aplicação das sanções e penalidades legalmente previstas.

Comprometo-me a comunicar quaisquer alterações à informação prestada no presente requerimento, tomando conhecimento de que a falta de comunicação pode implicar o cancelamento da assinatura mensal Andante Família, bem como a aplicação das sanções e penalidades legalmente previstas.

Data: ____ / ____ / ____

[Assinatura do requerente responsável pelo agregado familiar]*

[Assinatura do beneficiário 1]*

[Assinatura do beneficiário 2]*

[Assinatura do beneficiário 3]*

[Assinatura do beneficiário 4]*

[Assinatura do beneficiário 5]*

[Assinatura do beneficiário 6]*

* Assinar conforme documento de identificação