

Ex.º Senhor  
Presidente do Conselho Diretivo da ARSN, IP  
Rua Santa Catarina 1288  
4000-447- Porto

Identificação

(nome) .....  
Utente n.º |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
Bilhete de Identidade / CC n.º |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
emitido pelo D.S.I.C. de ..... em |\_|\_|-|\_|\_|-|\_|\_|\_|  
válido até |\_|\_|-|\_|\_|-|\_|\_|\_|  
Número Fiscal de Contribuinte n.º |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Naturalidade

data de nascimento: |\_|\_|-|\_|\_|-|\_|\_|\_|  
freguesia de ..... concelho de .....

Residência

(rua / lugar) .....  
(código postal) |\_|\_|\_|\_|\_|-|\_|\_|\_| .....  
freguesia de ..... concelho de .....  
telefone n.º |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| ou |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

não estando de acordo com a incapacidade que lhe foi atribuída em junta médica realizada em 20...-.....-..... na Junta Médica n.º..... e da qual resultou o atestado médico com o registo n.º ..... / ..... vem (de acordo com o previsto no n.º 1 do art. 5º do Decreto-Lei n.º 202/96, de 23-10) **interpor recurso da avaliação** que lhe foi efetuada fundamentando-se em:

.....  
.....  
.....  
.....

Pede deferimento

....., ..... de ..... de 202...

.....  
(assinatura)