SEGURANÇA SOCIAL ■ Instituto de Gestão de Regimes de Segurança Social

AÇORES

Centro Coordenador de Prestações Diferidas

PEDIDO DE ALTERAÇÃO DE MORADA / MODO DE PAGAMENTO

Nome _____

Contribuinte Fiscal nº ☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Repartição Fiscal nº ☐☐☐☐

Nascido em __/__/____ Nº Id. de Seg. Social ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐/☐☐

CRP nº ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐/☐☐

comunica a alteração de morada para: _____

_____

Localidade _____ Cód. Postal ☐☐☐☐ - ☐☐☐

Código de Morada ☐☐☐☐☐☐

Modo de pagamento: Mantém / Altera (a)

Vale

Banca ☐ b)

Assinatura _____

a) riscar o que não interessa **b) anexar NIB**

CONFIRMAÇÃO PELOS SERVIÇOS DE ATENDIMENTO

☐ Na presença do pensionista devidamente identificado.

B. I. nº (pensionista) ☐☐☐☐☐☐☐☐/☐ de _____ Emitido em __/__/____

☐ Confirmação da identidade do rogado.

B. I. nº (do rogado) ☐☐☐☐☐☐☐☐/☐ de _____ Emitido em __/__/____

Observações _____

_____

Data __/__/____ Conferido por _____

CONFIRMAÇÃO POR OUTROS SERVIÇOS
(Junta de Freguesia e Entidades Consulares)

Data __/__/____ Assinatura _____

(carimbo)

Av. Ten. Cor. José Agostinho, 9700 - 108 Angra do Heroísmo Tel. 295 401 850 Fax 295 401 851 Acores-CCPD@seg-social.pt www.seg-social.pt