

FORMULÁRIO DE AUDIÊNCIA PRÉVIA

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

IDENTIFICAÇÃO DO/A CANDIDATO/A

Nome: _____

NIF: _____

Morada: _____

Freguesia/União de Freguesias: _____

C.Postal: _____ - _____

Correio eletrónico: * _____

Telemóvel: _____ Telefone: _____

Autorizo o envio de notificações, no decorrer deste processo, para o endereço eletrónico indicado.
(conforme previsto na Parte A do Código Regulamentar do Município de Esposende)

*campo de preenchimento obrigatório

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO

Referência do procedimento: _____

Código de oferta na BEP: _____

Código do/a candidato/a no procedimento concursal: _____

AUDIÊNCIA PRÉVIA

Fase do procedimento a que se referem as alegações:

Apreciação das candidaturas

Lista provisória de ordenação final

Alegações do/a candidato/a:

DOCUMENTOS INSTRUTÓRIOS

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____
- 4. _____

TOMA CONHECIMENTO

O Município de Esposende utiliza os seus dados pessoais para dar resposta aos seus pedidos, instrução dos seus processos, prestar informação sobre assuntos da autarquia e para fins estatísticos. Para mais informações sobre as práticas de privacidade do Município de Esposende, consulte a nossa Política de Privacidade ou envie um email para dpo@cm-esposende.pt. De acordo com o entendimento da Comissão de Acesso aos Documentos Administrativos os documentos apresentados no âmbito do presente processo são documentos administrativos, pelo que o Município estará obrigado a garantir o seu acesso integral a todos aqueles que o solicitem.

Declaro ter conhecimento que as comunicações estabelecidas no decorrer deste procedimento concursal, são efetuadas, exclusivamente, por correio eletrónico.

PEDE DEFERIMENTO

O/A requerente _____

(Assinatura legível)

Data: ____ / ____ / ____