

**FORMULÁRIO DE PEDIDO DE PAGAMENTO APOIO VARIÁVEL EM FUNÇÃO DO NÍVEL DE QUALIFICAÇÃO
MEDIDA VALORIZAR 35 R**

(A preencher pelo Beneficiário)

1. BENEFICIÁRIO

Beneficiário: _____

N.º Processo: _____/V35R/_____

Morada: _____

Telefone: _____ Telemóvel: _____

E-Mail: _____

2. DOCUMENTAÇÃO PARA VALIDAÇÃO DO PEDIDO DE PAGAMENTO

Pedido de pagamento referente ao período compreendido entre: _____ a _____
(dia/mês/ano) (dia/mês/ano)

Assinalar e anexar a seguinte documentação:

- ☐ Extrato de Carreira Contributiva do beneficiário, respeitante ao período do presente pedido de pagamento;
- ☐ Declarações da situação contributiva e tributária regularizada perante a Segurança Social e Finanças, caso as que constam no processo tenham ultrapassado o prazo de validade.

O beneficiário solicita o pagamento dos apoios do presente pedido de pagamento, declarando que cumpre as obrigações assumidas no Termo de Aceitação da Decisão de Aprovação assinado, sob pena de caducidade dos mesmos.

_____ de _____ de _____

(Assinatura do beneficiário)