

Formulário de Queixa Electrónica sobre Discriminação por Deficiência ou Risco Agravado de Saúde

Exm.º Senhor
Presidente do Conselho Diretivo
do Instituto Nacional para a Reabilitação, I.P.

Nome: _____

Morada: _____

Localidade: _____

Código Postal: _____

BI/Cartão do Cidadão n.º _____ emitido por _____

Telefone/Telemóvel: _____ E-mail: _____

Vem, nos termos do artigo 4.º, alínea ___ / artigo 5.º (riscar o que não interessa) da Lei n.º 46/2006, de 28 de Agosto, apresentar queixa, pelo seguinte:

No dia _____ do mês _____ de 20__ __, fui discriminado(a) por _____ (identificar a entidade ou pessoa), nos seguintes termos:

Documentos que se anexam à queixa, para prova dos factos:

Testemunhas: (indicar Nome, Morada e E-mail se possuir)

Data: _____

Pede Deferimento,

(assinatura)