

**DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO DE HONRA**

**Apoio à comparticipação financeira na aquisição de medicamentos**

\_\_\_\_\_, titular do bilhete de  
identidade/cartão de cidadão n.º \_\_\_\_\_, válido até \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, declaro sob  
compromisso de honra para os devidos e legais efeitos, que:

- Não benefício de qualquer outro apoio social destinado ao mesmo fim;
- Nenhum elemento do agregado familiar usufrui de quaisquer outros rendimentos para além dos declarados;
- São verdadeiras todas as informações prestadas.

Mais declaro que autorizo o serviço de Ação Social do Município de Mogadouro a aceder a todas as informações relevantes para efetuar a avaliação da situação socioeconómica e patrimonial de todo o agregado familiar, podendo, inclusivamente, solicitar às entidades ou serviços competentes a confirmação dos elementos constantes no processo de candidatura.

Mogadouro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**O requerente,**

\_\_\_\_\_