Benefício Fiscal à Contratação de Pessoas Portadoras de Deficiência

_____, contribuinte ☐do Imposto Profissional 2º Grupo /☐ do Imposto Complementar de Rendimentos, nº do contribuinte_____, nº do contacto _____, contratou os seguintes trabalhadores portadores de deficiência no exercício _____, vem por este meio solicitar a concessão de benefício fiscal à contratação de pessoas portadoras de deficiência, de acordo com a lei nº 8/2018 .

Dados relativos ao(s) trabalhador(es)			
Nº fiscal do Imposto Profissional	Nome	Nº do Cartão de Registo de Avaliação de Deficiência	N^{os} dos meses de trabalho não inferior a 128 horas mensais

_____

Assinar e carimbar pela entidade patronal

_____(dd) /_____(mm) /_____(aa)