

Exmo. Sr. Presidente da Câmara Municipal de Oliveira de Azeméis

Assunto: Programa Saúde + OAZ

1 - IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA REQUERENTE (obrigatório)

Nome					
Data de nascimento		CC / BI			
NIF		NISS		N.º de utente	
Freguesia de recenseamento					
Morada completa					
Código Postal	-	Freguesia			
Telefone		Telemóvel		E-mail	

2 - IDENTIFICAÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR (obrigatório)

Nome	Data de nascimento	Parentesco	Situação Profissional	NISS	NIF
----- Requerente -----	-----	-----	-----	-----	

3. BENEFICIÁRIA/O DE:

Outra medida de Apoio Social	<input type="checkbox"/>	NÃO	
	<input type="checkbox"/>	SIM	Técnico/a Acompanhamento

4. MONTANTE DO PEDIDO:

5. DOCUMENTOS A ANEXAR:

Documentos gerais

- Cartão de Cidadão, ou do Bilhete de identidade, número de identificação fiscal (NIF) de todos os elementos do agregado familiar;
- Atestado emitido pela Junta da área da residência do agregado, do qual deve constar obrigatoriamente o tempo de residência, a composição do agregado familiar e a confirmação de recenseamento;
- Declaração e Nota de Liquidação do IRS de todos os membros do agregado familiar ou certidão do serviço de finanças que comprove a dispensa de entrega;
- Comprovativos de rendimentos mensais de todos os elementos do agregado familiar, incluindo, prestações sociais; pensões; recibos de vencimentos, ou outros;

Declaração médica comprovativa de doença crónica e a respetiva prescrição da medicação no caso de pessoas com idade inferior a 65 anos.

Comprovativos das Despesas

- Recibo de renda de casa permanente ou prestação de aquisição de habitação;
- Fatura/recibo do gás;
- Fatura/recibo de Água;
- Fatura/recibo de Eletricidade;
- Recibo das despesas de saúde, designadamente aquisição de medicamentos mediante prescrição médica;
- Mensalidades relativas às respostas sociais, nomeadamente: infância, terceira idade e deficiência.

Outros doc.

- Comprovativo de Identificação Bancária (IBAN)
- Outros que se mostrem necessários à análise do pedido

Tomei conhecimento:

- ✓ De que será necessário entregar os documentos em falta para ser dado início ao procedimento administrativo.
- ✓ De que as falsas declarações ou o uso das verbas atribuídas para outros fins implicam a devolução integral e imediata dos montantes pagos, sem prejuízo das responsabilidades civis ou criminais previstas na lei (Art.10.º do Regulamento Municipal «Programa Saúde + OAZ»).

AUTORIZAÇÃO DE TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS

De acordo com as disposições do Regulamento Geral da Proteção de Dados – Regulamento EU 2016/679, os tratamentos de dados pessoais realizados pelo Município de Oliveira de Azeméis são orientados pelos princípios da licitude, lealdade, disponibilidade e transparência e da proteção da sua confidencialidade e dos direitos dos seus titulares.

As respostas aos dados integrantes do formulário são obrigatórias sob pena de indeferimento do pedido.

Finalidade do tratamento – Gestão do processo do/a requerente.

Utilização dos dados - Serviços Municipais com intervenção no processo.

Cessão de Dados Pessoais: Os seus dados pessoais podem ser comunicados a prestadores de serviços (subcontratantes, nomeadamente para efeitos de serviços de informática, logística, transporte, marketing, assistência, etc.), bem como as autoridades públicas e ou judiciais, fiscais e reguladoras, para efeitos de cumprimento de imposições legais.

Prazo de conservação dos dados - Os dados pessoais são mantidos até se esgotar o fim a que se destinam, procedendo-se à sua eliminação de acordo com a legislação em vigor.

Direitos dos requerentes: Os/as requerentes poderão aceder aos dados que lhes dizem respeito, podendo ainda solicitar a sua alteração, retificação, opor-se ao tratamento, solicitar a portabilidade e o apagamento dos mesmos. Para o exercício dos seus direitos no âmbito da proteção de dados, deverá contactar o Encarregado de Proteção de Dados do Município para epd@cm-oaz.pt.

Declaração de consentimento e responsabilidade

Aceito e autorizo de forma explícita e informada, que os meus dados pessoais sejam objeto de tratamento nos moldes legalmente admissíveis.

Autorizo o envio de notificação, no decorrer do processo, para o endereço eletrónico indicado, e tomei conhecimento que essas condições têm o mesmo valor probatório como se fossem efetuadas por via postal.

PEDE DEFERIMENTO

Oliveira de Azeméis, ____/____/____

ASSINATURA: _____