



REQUERIMENTO | PÁSCOA EM ATIVIDADE 2022

CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

| | | | | | | |
|-----------------------|-----|--|-----|-------|---------------|--|
| Requerente | | | | | NIF | |
| Fatura eletrónica | SIM | | NÃO | | Telemóvel | |
| E-mail | | | | | | |
| Beneficiário/a | | | | | NIF | |
| Cartão de Cidadão | | | SNS | | | |
| Morada | | | | | N.º /andar | |
| Localidade | | | | | Código Postal | |
| Data de Nascimento | | | | Idade | | |

SITUAÇÃO SÓCIO-ECONÓMICA

| | | | | | | |
|-----------------------------------|----------|--|----------|--|--------------------|----------------|
| Alimentação Escalão | A | | B | | Sem Escalão | |
| PERÍODO EM QUE SE INSCREVE | | | | | | |
| 11 a 18 de abril de 2022 | | | SIM | | NÃO | |
| | | | | | | CE Santo André |

DOCUMENTOS A APRESENTAR

Fotocópia atualizada do escalão do abono de família emitida pelos serviços competentes.
Exibição dos cartões de identificação do/a Requerente e do/a Beneficiário/a.
Declaração da entidade empregadora mencionando que o Encarregado de Educação se encontra a trabalhar, justificando assim a necessidade de os educandos frequentarem as atividades.

DADOS DE SAÚDE

| | | | | |
|---|-----|--|-----|--|
| Sofre de algum problema de saúde? (asma, diabetes, alergias,...) | SIM | | NÃO | |
| Toma alguma medicação regularmente? | SIM | | NÃO | |
| Tem alguma restrição/intolerância alimentar? | SIM | | NÃO | |

DOCUMENTOS A APRESENTAR

Declaração médica no caso de restrição/intolerância alimentar ou doença crónica.
Declaração médica no caso de toma de medicação regular.

OBSERVAÇÕES

Caso necessite de outro horário para acolhimento dos participantes deverá mencionar neste espaço.

INFORMAÇÃO AO/À REQUERENTE

- O/A Requerente toma conhecimento que a inscrição implica a aceitação das normas de funcionamento do programa Páscoa em Atividade 2022, disponível no Balcão Único de Atendimento e na página do Município (www.cm-vilanovadepoiares.pt).
- O/A Requerente autoriza a recolha de imagens que mais tarde poderão vir a ser utilizadas para divulgação das atividades.
- O/A Requerente autoriza a participar em todas as atividades e assume integral responsabilidade por quaisquer danos ou prejuízos, que eventualmente daí possam resultar.
- Falsas declarações ou omissões de dados implicam, além de procedimento legal, o cancelamento do serviço.

OBSERVAÇÕES

1. OS DADOS PESSOAIS RECOLHIDOS NESTE PEDIDO SÃO NECESSÁRIOS, ÚNICA E EXCLUSIVAMENTE, PARA DAR CUMPRIMENTO AO DISPOSTO NO ARTIGO 102.º DO CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ADMINISTRATIVO (CPA), NO ARTIGO 17.º DO DECRETO-LEI N.º 135/99, DE 22 DE ABRIL E/OU AO PREVISTO NA LEGISLAÇÃO ESPECÍFICA APLICÁVEL AO PEDIDO FORMULADO.
2. O TRATAMENTO DOS DADOS REFERIDOS NO PONTO 1 POR PARTE DO MUNICÍPIO DE VILA NOVA DE POIARES RESPEITARÁ A LEGISLAÇÃO EM VIGOR EM MATÉRIA DE PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS E SERÁ REALIZADO COM BASE SEGUINTE CONDICÕES:
 - RESPONSÁVEL PELO TRATAMENTO - MUNICÍPIO DE VILA NOVA DE POIARES;
 - FINALIDADE DO TRATAMENTO - CUMPRIMENTO DE UMA OBRIGAÇÃO JURÍDICA (CPA E/OU DE LEGISLAÇÃO ESPECÍFICA APLICÁVEL AO PEDIDO FORMULADO) OU NECESSÁRIO AO EXERCÍCIO DE FUNÇÕES DE INTERESSE PÚBLICO;
 - DESTINATÁRIO(S) DOS DADOS - SERVIÇO MUNICIPAL COM COMPETÊNCIA PARA ANALISAR OU INTERVIR NO PEDIDO, DE ACORDO COM A ORGÂNICA MUNICIPAL EM VIGOR;
 - CONSERVAÇÃO DOS DADOS PESSOAIS - PRAZO DEFINIDO NA LEGISLAÇÃO APLICÁVEL AO PEDIDO.
3. PARA MAIS INFORMAÇÕES SOBRE AS POLÍTICA DE PRIVACIDADE DO MUNICÍPIO CONSULTE O NOSSO SITE EM WWW.CM-VILANOVADEPOIARES.PT OU ENVIE UM E-MAIL PARA DPO@CM-VILANOVADEPOIARES.PT.
4. OS DOCUMENTOS APRESENTADOS NO ÂMBITO DO PRESENTE PEDIDO SÃO DOCUMENTOS ADMINISTRATIVOS, PELO QUE O ACESSO AOS MESMOS SE FARÁ EM RESPEITO PELO REGIME DE ACESSO À INFORMAÇÃO ADMINISTRATIVA E AMBIENTAL E REUTILIZAÇÃO DOS DOCUMENTOS ADMINISTRATIVOS (LEI N.º 26/2016, DE 22 DE AGOSTO).

O/A SUBSCRITOR/A, DECLARA SOB COMPROMISSO DE HONRA E CONSCIENTE DE INCORRER EM EVENTUAL RESPONSABILIDADE PENAL CASO PRESTE FALSAS DECLARAÇÕES, QUE OS DADOS CONSTANTES DO PRESENTE REQUERIMENTO CORRESPONDEM À VERDADE.

O/A SUBSCRITOR/A, DECLARA QUE TOMOU CONHECIMENTO DA INFORMAÇÃO NA ÁREA INFORMAÇÃO AOS/ÀS REQUERENTES, RELATIVA À ADESÃO AO(S) SERVIÇO(S).

Pede deferimento,

Vila Nova de Poiares, ____ / ____ / 20__

(ASSINATURA DO/A REQUERENTE OU DE OUTREM A SEU ROGO, SE O MESMO NÃO SOUBER OU NÃO PUDER ASSINAR)

CONFERI A IDENTIFICAÇÃO DO/A REQUERENTE/ REPRESENTANTE ATRAVÉS DOS DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO EXIBIDOS.

VALIDEI A CONFORMIDADE DA ASSINATURA DE ACORDO COM O DOCUMENTO EXIBIDO.

O/A FUNCIONÁRIO/A