



## REQUERIMENTO | VERÃO EM ATIVIDADE 2022

### CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

|                       |     |  |     |       |               |  |
|-----------------------|-----|--|-----|-------|---------------|--|
| <b>Requerente</b>     |     |  |     |       | NIF           |  |
| Fatura eletrónica     | SIM |  | NÃO |       | Telemóvel     |  |
| E-mail                |     |  |     |       |               |  |
| <b>Beneficiário/a</b> |     |  |     |       | 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 |                |
|-----------------------------------|---|--|-----|--|-------------|----------------|
| <b>PERÍODO EM QUE SE INSCREVE</b> |   |  |     |  |             |                |
| 1 a 15 de julho                   |   |  | SIM |  | NÃO         | CE Santo André |
| 18 a 29 de julho                  |   |  | SIM |  | NÃO         | CE Santo André |
| 1 a 12 de agosto                  |   |  | SIM |  | NÃO         | CE Santo André |
| 16 a 26 de agosto                 |   |  | SIM |  | NÃO         | CE Santo André |
| 29 de agosto a 09 de setembro     |   |  |     |  |             | 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

|   |     |  |     |  |
|---|-----|--|-----|--|
| <b>Sofre de algum problema de saúde? (asma, diabetes, alergias,...)</b> | SIM |  | NÃO |  |
| <b>Toma alguma medicação regularmente?</b>                              | SIM |  | NÃO |  |
| <b>Tem alguma restrição/intolerância alimentar?</b>                     | 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 natal em atividade 2020, disponível no Balcão Único de Atendimento e na página do Município ([www.cm-vilanovadepoiares.pt](http://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](http://WWW.CM-VILANOVADEPOIARES.PT) OU ENVIE UM E-MAIL PARA [DPO@CM-VILANOVADEPOIARES.PT](mailto: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