arruda dos vinhos
vale encantado

Registo de Entrada
MGD n.º _____/_____
Recebido em _____/_____/20_____

OFICINA DOMICILIÁRIA - CANDIDATURA

Setor Social e Saúde

Exm.º Senhor
Presidente da Câmara Municipal de
Arruda dos Vinhos

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

N.º de Identificação Fiscal* |___|___|___|___|___|___|___|___|___

Nome /Denominação* | _____

Domicílio/Sede* | _____

Freguesia* |_____ Cód.Postal* |__|__|__|__ - |__|__|__ Concelho* | _____

Contacto Telefónico* |__|__|__|__|__|__|__|__|__ E-mail *(Maiúsculas) |_____

CC |__|__|__|__|__|__|__|__|__ Data de Nascimento |__|__/ |__|__/ |__|__|__|__

Representante | _____ NIF |__|__|__|__|__|__|__|__|__

* preenchimento obrigatório

AGREGADO FAMILIAR

Nome	Data de Nascimento
1 – Utente – Grau de Incapacidade _____	
2	
3	
4	
5	

Observações:_____

TIPO DE SERVIÇO A REQUERER:

- ☐ Reparação e substituição de torneiras, louças sanitárias, sifões e acessórios de bancada de cozinha;
- ☐ Desempeno de portões, portas e janelas;
- ☐ Reparação de canalizações e tubagens de águas e saneamento básico;
- ☐ Reparação de pavimentos e paredes (cerâmicas e azulejos);
- ☐ Reparação de estores e persianas;
- ☐ Reparações simples de serralharia, incluindo substituição de fechaduras e chaves;
- ☐ Substituição de vidros de janelas;
- ☐ Reparação e substituição de tomadas elétricas, casquilhos, lâmpadas e interruptores;
- ☐ Construção de rampas de acesso habitacional, em caso de deficiência motora ou mobilidade reduzida;
- ☐ Outros: _____

CRITÉRIO ESPECIAL

Estatuto Municipal Cuidador Informal ☐

Pede deferimento

Arruda dos Vinhos, _____ de _____ de 20_____.

_____
(Assinatura do requerente ou de outrem a seu rogo, se o mesmo não puder assinar)

DOCUMENTOS A ANEXAR

- ☐ Documento comprovativo da Segurança Social do valor das pensões auferidas e/ou outras prestações sociais, de todos os elementos do agregado familiar ou Declaração de IRS;
- ☐ Fotocópia do último recibo de renda e/ou contrato de arrendamento, quando se trate de pedidos relativos a habitações arrendadas;
- ☐ Declaração de autorização do senhorio/proprietário para a realização de obras
- ☐ Atestado Médico de incapacidade multiuso; [1]
- ☐ Declaração do Instituto de Emprego e Formação Profissional sobre a situação de desemprego.[2]

[1] Documento exclusivo para portadores de incapacidade permanente global igual ou superior a 60%.

[2] Documento excluxivo para desempregados.

Conferi a documentação. O Funcionário | _____ Rubrica | _____

DECLARAÇÃO/AUTORIZAÇÃO

Declaro, ao abrigo do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados, que dou o meu consentimento de forma livre, específica e informada, para a recolha e tratamento dos dados recolhidos por parte do Município de Arruda dos Vinhos, podendo os mesmos ser acedidos por outras entidades, sempre que necessário, no âmbito de todas as atividades de tratamento, e manutenção de aplicações informáticas solicitadas pelo Município.

Autorizo o envio de comunicações, no decorrer deste processo, para o endereço eletrónico acima indicado* Sim ☐ Não ☐

*As notificações e comunicações aos interessados de todas as decisões ou informações que possam ser efetuadas por via postal simples, serão realizadas através de correio eletrónico, conforme previsto no artigo 112º do CPA. Sempre que não possa processar-se por via eletrónica, a notificação é efetuada por via postal simples. O requerente presume-se notificado em consonância com o previsto no artigo 113º do CPA."

Autorizo a utilização dos meus contactos para efeitos de divulgação de iniciativas do Município Sim ☐ Não ☐

☐ Declaro sobre compromisso de honra que tomei conhecimento e aceito o disposto no Regulamento Oficina Domiciliária.

☐ Declaro que tomei conhecimento dos documentos em falta e assumo o compromisso de entrega dos mesmos, no prazo de 10 dias úteis.

O Requerente

Arruda dos Vinhos, _____ de _____ de 20_____.

_____

Mod. 03 USSDA/SSS (atualização efetuada a 06-06-2022)

(Assinatura do requerente ou de outrem a seu rogo, se o mesmo não puder assinar)

Largo Miguel Bombarda | 2630-112 Arruda dos Vinhos
Arruda dos Vinhos Câmara Municipal
Tel.: 263 977 000 | Fax: 263 976 586
cm-arruda@cm-arruda.pt | www.cm-arruda.pt

USSDA – Setor Social e Saúde
sociall@cm-arruda.pt