

Registo de Entrada

MGD n.º _____/_____/_____

Recebido em ____/____/20____

CENTRO AJUDAS TÉCNICAS

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

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

Nome completo* | _____

Morada* | _____

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

Contacto telefónico* | ____|____|____|____|____|____|____|____|____|____| E-mail* (Maiúsculas) | _____

CC* | ____|____|____|____|____|____|____|____|____|____| Data Nasc.*: ____/____/____

* preenchimento obrigatório

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

IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

Nome completo* | _____

Morada* | _____

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

Contacto telefónico* | ____|____|____|____|____|____|____|____|____|____| E-mail* (Maiúsculas) | _____

BI/NIC* | ____|____|____|____|____|____|____|____|____|____| Data Nasc.*: ____/____/____

* preenchimento obrigatório

PEDIDO DE PRODUTOS DE APOIO

_____	_____
_____	_____
_____	_____

A PREENCHER PELA UNIDADE DE SAÚDE DE ARRUDA DOS VINHOS

A Unidade de Saúde de Arruda dos Vinhos _____ a necessidade do produto de apoio solicitado.
(confirma ou não confirma)

Data ____/____/____

(assinatura e carimbo)

CRITÉRIO ESPECIAL

Estatuto Municipal Cuidador Informal



Arruda dos Vinhos, ____ de ____ de 20 ____.

Pede deferimento

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

DOCUMENTOS A ANEXAR (de acordo com a especificidade de cada situação)

☐ Comprovativo de residência do beneficiário.

☐ Outros elementos documentais que comprovem a necessidade do produto de apoio.

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 ☐

Arruda dos Vinhos, _____ de _____ de 20____.

O Requerente

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

Mod. 15 USSDA/SSS (atualização efetuada a 23-05-2025)



Arruda dos Vinhos
Câmara Municipal

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

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