

**SISTEMA DE TRANSPORTES MUNICIPAL
DE AÇÃO SOCIAL E SAÚDE
CANDIDATURA**

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

Registo de Entrada

MGD n.º _____ / _____

Recebido em _____ / _____ / 20 _____

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

IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO (a preencher no caso de ser diferente do requerente)

Nome completo* | _____

Morada* | _____

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

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

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

* preenchimento obrigatório

A PREENCHER POR PROFISSIONAL LEGALMENTE HABILITADO

_____ a mobilidade reduzida ou condicionada

(confirma ou não confirma)

_____ a necessidade de acompanhante

(confirma ou não confirma)

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 cedidos 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 _____.

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.

☐ Comprovativo da mobilidade reduzida ou condicionada.

Conferi a documentação. O Funcionário | _____ Rubrica | _____

Mod. 20 USSDA/SSS (atualização efetuada a 06.06.2022)



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