

Registo de Entrada

MGD n.º _____ / _____

Recebido em ____/____/20____

CARTÃO DO CIDADÃO NASCER ARRUDENSE

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

DADOS DA CRIANÇA

Nome completo: _____

Morada: _____

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

Data de Nascimento: ____/____/____ N.º de Identificação Fiscal* | ____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

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 que são verdadeiras as declarações que constam deste documento.

O Requerente

Arruda dos Vinhos, ____ de ____ de 20____.

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

DOCUMENTOS A ANEXAR (de todos os elementos do agregado familiar de acordo com a situação)

- ☐ Prescrição médica emitida por profissionais habilitados e reconhecidos para o efeito;
- ☐ Assento de nascimento ou cartão de cidadão da criança;
- ☐ Atestado de residência e da composição do agregado familiar emitido pela respetiva Junta de Freguesia;
- ☐ Documento comprovativo de inscrição da criança no Centro de Saúde de Arruda dos Vinhos ou extensão de Arranhó;
- ☐ Documento comprovativo da vacinação;
- ☐ Documento comprovativo da aquisição da vacina;
- ☐ Documento comprovativo da titularidade do exercício de responsabilidades parentais;
- ☐ Declaração de consentimento informado, relativa ao tratamento de dados pessoais;

Conferi a documentação. O Funcionário | _____ Rubrica | _____

Mod. 27 USSDA/SSS (atualização efetuada a 22-08-2022)



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

