

Processo Nº _____

(a preencher pelos Serviços do Município de Tábua)

1. Identificação Requerente

Beneficiário [1] *(nome completo)*

Data de Nascimento: ____/____/____ Género ___ Feminino ___ Masculino

Morada _____

Freguesia de _____, Concelho de _____,

Distrito de _____ BI/CC n.º _____, NIF _____,

NISS _____ Doença Crónica Sim Não

Rendimentos _____ Origem _____

2. Composição do Agregado Familiar

Beneficiário [2] *(nome completo)*

Relação Familiar com o Requerente: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Género ___ Feminino ___ Masculino

BI/CC n.º _____, NIF _____,

NISS _____ Doença Crónica ___ Sim ___ Não

Rendimentos _____ Origem _____

Beneficiário [3] *(nome completo)*

Relação Familiar com o Requerente: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Género ___ Feminino ___ Masculino

BI/CC n.º _____, NIF _____,

NISS _____ Doença Crónica ___ Sim ___ Não

Rendimentos _____ Origem _____

Beneficiário [4] *(nome completo)*

Relação Familiar com o Requerente: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Gênero ___Feminino ___Masculino

BI/CC n.º _____, NIF _____,

NISS _____ Doença Crónica ___ Sim ___ Não

Rendimentos _____ Origem _____

3. Documentos Entregues

____ Fotocópia do Bilhete de Identidade/Cartão de Cidadão

____ Comprovativo doença crónica

____ Comprovativo de residência e do agregado familiar emitido pela Junta de Freguesia da Residência

4. Proteção de Dados Pessoais

Os dados fornecidos pelo requerente destinam-se, exclusivamente, à instrução da candidatura e ao funcionamento do Programa abem, sendo a Câmara Municipal de Tábua a entidade responsável pelo seu tratamento.

É garantida a confidencialidade no tratamento de dados, em conformidade com a legislação aplicável, sendo assegurados todos os direitos aos seus titulares, incluindo o de acesso, retificação e eliminação.

Tábua, ____ de _____ de _____

O/a Requerente