

FICHA DE INSCRIÇÃO CABAZ SÃO MAMEDE AMIGA 2025

Rececionado por: _____

Identificação do/a Requerente:

Data: ____/____/2024

1. Requerente:			
Morada:			
Código Postal:		Localidade:	
Contacto:		Data de Nascimento:	
Nº de Seg. Social:		Nº de Identificação:	

Identificação do restante agregado:

Nome	Parentesco	Idade	IEFP	NISS	C.C./B.I.
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

Suporte Social:

* Recebe apoio alimentar de alguma instituição regularmente?	Sim _____	Não _____
Se sim, qual? _____		

Declaração:

Ao subscrever o presente pedido, declara sob compromisso de honra que todas as informações constantes no presente documento são verdadeiras.

As falsas declarações implicam o indeferimento do processo e o impedimento de se candidatar na campanha seguinte.

A falta de entrega da totalidade dos documentos dentro do prazo de candidatura implica o indeferimento da mesma.

O/a requerente fica por este meio notificado/a de que, a candidatura agora instruída poderá ser alvo de visita domiciliária.

* Não serão aprovadas candidaturas de agregados que recebem apoio alimentar mensal.

A capitação per capita utilizada para a atribuição deste apoio são **150€**.

Assinatura do/a requerente ou membro do agregado familiar

FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS

Dados do Titular:

Nome:			
Morada:			
Código Postal:		Localidade:	
Data de Nascimento:		Nº de Identificação:	

Declaração de Consentimento:

No âmbito do apoio solicitado ao Gabinete de Ação Social da União de Freguesias de São Mamede de Infesta e Senhora da Hora para a atribuição do Cabaz de Natal, declaro de forma livre, informada, específica e inequívoca que:

Recolha e Tratamento de Dados:

Autorizo a recolha e o tratamento dos meus dados pessoais e dos dados do meu agregado familiar para os seguintes fins:

- Análise, instrução e decisão do pedido efetuado.
- Partilha dos dados com os serviços de atendimento e acompanhamento social da Segurança Social, Câmara Municipal, Finanças, ou outras entidades competentes, para a avaliação e processamento do apoio solicitado.

☐ Sim ☐ Não

Partilha de Dados para Confirmação de Informação:

Autorizo a entidade mediadora - UFSMISH - a verificar e receber confirmação da veracidade das informações prestadas, estritamente para os fins de avaliação da situação exposta e processamento do apoio.

☐ Sim ☐ Não

Direitos do Titular dos Dados:

Na qualidade de titular dos dados, declaro que fui informado(a) sobre os meus direitos, conforme o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD), incluindo:

- Direito de acesso aos meus dados pessoais.
- Direito à retificação de dados incorretos ou incompletos.
- Direito à portabilidade dos meus dados.
- Direito de limitação e oposição ao tratamento dos dados.
- Direito ao apagamento dos dados ("direito a ser esquecido"), exceto nos casos em que a sua conservação é legalmente exigida.

O exercício destes direitos pode ser solicitado através do seguinte email: dpo@uf-smish.pt, dirigido à Encarregada de Proteção de Dados da UF-SMISH.

Declaro ainda, que fui devidamente informado(a) sobre as obrigações e responsabilidades inerentes à presente autorização e compreendo as consequências da sua recusa.

Assinatura do Titular: _____

Data: ____/____/2025