



Apoio à Saúde - Programa Medicina Geral Dentária

Exmo. Senhor Presidente da Câmara Municipal de Vila Nova de Famalicão

Identificação do/a requerente

Nome: _____
Nº Identificação Civil: _____ NIF: _____
Morada: _____ C. Postal: _____
Freguesia/ União de Freguesias: _____
Telemóvel: _____ E-mail: _____

Autorizo a utilização dos contactos de telemóvel e e-mail acima referenciados para o envio de informações e notificações relativamente a este processo

Identificação do/a representante

Nome: _____
Nº Identificação Civil: _____ NIF: _____
Morada: _____ C. Postal: _____
Freguesia/ União de Freguesias: _____
Telemóvel: _____ E-mail: _____

Autorizo a utilização dos contactos de telemóvel e e-mail acima referenciados para o envio de informações e notificações relativamente a este processo

Pedido

Vem solicitar a V^a. Exa. a atribuição do apoio à saúde no âmbito do Programa Medicina Geral Dentária de acordo com o Protocolo de Cooperação para a Medicina Dentária celebrado por este Município.

Documentos instrutórios

Assinale com uma cruz (X) os documentos que junta ao processo:

Cópia do cartão de cidadão do requerente e dos restantes elementos do agregado familiar quando o requerente solicitar este apoio pela 1^a vez, caso seja aplicável

Ficha de identificação de utente do Sistema Nacional de Saúde (SNS) para comprovar a isenção das taxas moderadoras

Sinalização/parecer social do Serviço de Atendimento e Acompanhamento Social (SAAS) a comprovar carência económica do requerente



Famalicão

CÂMARA MUNICIPAL

Declaração

Declaro que:

São verdadeiras todas as informações prestadas no âmbito deste requerimento, ficando a Câmara autorizada a realizar as diligências que julgue necessárias para averiguar a veracidade e autenticidade dos documentos anexos.

Os elementos constantes do cartão de cidadão do anterior pedido de apoio à saúde-Programa de Medicina Geral Dentária estão atualizados.

Tomei conhecimento dos procedimentos necessários à avaliação deste requerimento.

Tomei conhecimento que os pedidos de apoio social são renovados anualmente.

Dou o meu consentimento para a disponibilização de cópia de documento de identificação pessoal no âmbito do presente pedido, nos termos do n.º 2 do art.º 5.º da Lei n.º 7/2007, de 5 de fevereiro.

Dou o meu consentimento, no âmbito deste requerimento, par a recolha, consulta e tratamento das informações e dos dados pessoais por mim fornecidos, por parte da CMVNF, quer na plataforma de instrução do processo, quer na base de dados da Segurança Social, nos termos e para os efeitos do disposto na alínea a) do n.º 1 do artigo 6.º e artigo 7.º, ambos do Regulamento Geral de Proteção de Dados (Regulamento EU 2016/679, de 27/04/2016).

Nota: A Política de Privacidade do Município pode ser consultada em [www.famalicao.pt/politica de privacidade](http://www.famalicao.pt/politica_de_privacidade) ou o Encarregado de Proteção de Dados pode ser contactado através do endereço eletrónico dpo@famalicao.pt.

Pede deferimento.

Data: ____/____/20____

Assinatura