DIVISÃO DE INTERVENÇÃO SOCIAL
SECTOR DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E SAÚDE

PCMIC | Requerimento

Nº PROCESSO:	_____/_____

DATA:	_____/_____/_____

Após preenchimento do formulário de requerimento deverá enviar o mesmo para o seguinte endereço de correio eletrónico: desenvolvimento.social@cm-alcochete.pt

REQUERENTE

Nome: _____ DN: _____/_____/_____

Morada: _____ Freguesia: _____

Código Postal: _____ - _____ Localidade: _____

CC/BI: _____ NIF: _____ NISS: _____ SNS: _____

N.º Telefone/Telemóvel: _____ / _____

Endereço de Correio Eletrónico: _____

Tempo de residência no Concelho: ☐ -2 anos ☐ +2 anos Entregou Atestado de Residência em: _____/_____/_____

Encontra-se em: ☐ Centro de Dia ☐ Domicílio

REQUERENTE 2 (No caso de se tratar de um casal)

Nome: _____ DN: _____/_____/_____

Morada: _____ Freguesia: _____

Código Postal: _____ - _____ Localidade: _____

CC/BI: _____ NIF: _____ NISS: _____ SNS: _____

N.º Telefone/Telemóvel: _____ / _____

Endereço de Correio Eletrónico: _____

Tempo de residência no Concelho: ☐ -2 anos ☐ +2 anos Entregou Atestado de Residência em: _____/_____/_____

Encontra-se em: ☐ Centro de Dia ☐ Domicílio

AGREGADO FAMILIAR

1	Nome: _____			Parentesco: _____
	Idade: _____	CC/BI: _____	N.º Pensionista: _____	N.º Eleitor: _____
2	Nome: _____			Parentesco: _____
	Idade: _____	CC/BI: _____	N.º Pensionista: _____	N.º Eleitor: _____
3	Nome: _____			Parentesco: _____
	Idade: _____	CC/BI: _____	N.º Pensionista: _____	N.º Eleitor: _____
4	Nome: _____			Parentesco: _____
	Idade: _____	CC/BI: _____	N.º Pensionista: _____	N.º Eleitor: _____
5	Nome: _____			Parentesco: _____
	Idade: _____	CC/BI: _____	N.º Pensionista: _____	N.º Eleitor: _____

PCMIC | Requerimento

RENDIMENTOS DO AGREGADO FAMILIAR (REMUNERAÇÕES, REFORMAS, PENSÕES E SUBSÍDIOS/OUTROS APOIOS)			
N.º	**Valor (€)**	**Tipo de Rendimento**	**Entrega do Comprovativo**
1			
2			
3			
4			
5			

DESPESAS (HABITAÇÃO, SAÚDE, IMPOSTOS E CONTRIBUIÇÕES)		
Valor (€)	**Tipo de Despesa**	**Entrega do Comprovativo**

FARMÁCIA			
Alcochete	**Samouco**	**São Francisco**	**Atalaia**
☐ Farmácia Cavaquinha ☐ Farmácia Nunes	☐ Farmácia Póvoas	☐ Farmácia São Francisco	☐ Farmácia Cravidão

TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS

1. Os dados pessoais recolhidos neste pedido são necessários, única e exclusivamente, para dar cumprimento ao disposto no artigo 102.º do Código do Procedimento Administrativo, no artigo (CPA) 17.º do Decreto-Lei n.º 135/99, de 22 de abril e/ou ao previsto na legislação específica aplicável ao pedido formulado.
2. O tratamento dos dados referidos no ponto 1 por parte do Município respeitará a legislação em vigor em matéria de proteção de dados pessoais e será realizado com base seguintes condições:
   - **Responsável pelo tratamento:** Município de Alcochete;
   - **Finalidade do tratamento:** Cumprimento de uma obrigação jurídica (CPA e/ou de legislação específica aplicável ao pedido formulado) ou necessário ao exercício de funções de interesse público;
   - **Destinatário(s) dos dados:** Serviço municipal com competência para analisar ou intervir no pedido, de acordo com a orgânica municipal em vigor;
   - **Conservação dos dados pessoais:** Prazo definido na legislação aplicável ao pedido.
3. Os documentos apresentados no âmbito do presente pedido são documentos administrativos, pelo que o acesso aos mesmos se fará em respeito pelo regime de acesso à informação administrativa e ambiental e reutilização dos documentos administrativos (Lei n.º 26/2016, de 22 de agosto).

Assinatura do(a) Requerente: _____