

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
<input type="checkbox"/> Farmácia Cavaquinha	<input type="checkbox"/> Farmácia Póvoas	<input type="checkbox"/> Farmácia São Francisco	<input type="checkbox"/> Farmácia Cravidão
<input type="checkbox"/> Farmácia Nunes			

TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS

- 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.
- 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.
- 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).