

MUNICÍPIO DE SANTA MARTA DE PENAGUIÃO

CÂMARA MUNICIPAL

SERVIÇOS DE ACÇÃO SOCIAL



REQUERIMENTO PARA COMPARTICIPAÇÃO EM MEDICAMENTOS

REGISTO DE ENTRADA	INFORMAÇÃO DOS SERVIÇOS	DESPACHO
Nº _____ / _____ Pº Nº _____ / _____ / _____ / _____ Em _____ / _____ / _____ O Funcionário, _____		

Exmo. Senhor:

Presidente da Câmara Municipal de Santa Marta de Penaguião

IDENTIFICAÇÃO
Nome _____
Número de Contribuinte _____ Número de Elementos Agregado Familiar _____
Morada _____ Código Postal _____ - _____
Freguesia de _____ Telefone/Telemóvel _____

Vem requerer a V. Ex^a a comparticipação na aquisição de medicamentos:

DOCUMENTOS APRESENTADOS
<input type="checkbox"/> Fotocópia da declaração do IRS / Histórico de rendimentos da Segurança Social de todos os elementos do agregado familiar
<input type="checkbox"/> Atestado de doença crónica, emitido pelo SNS, de todos os elementos do agregado familiar (caso se aplique)
<input type="checkbox"/> Atestado de residência com a indicação do agregado familiar
<input type="checkbox"/> Fotocópia dos recibos de pensões/prestações sociais, do ano em que se candidata, de todos os elementos do agregado familiar

Santa Marta de Penaguião, _____ de _____ de _____

O Requerente,

Autorizo o Município de Santa Marta de Penaguião a proceder ao tratamento dos meus dados pessoais e a partilha-los com a Dignidade e a rede de farmácias portuguesas, na medida do estritamente necessário.¹

Página 1 de 1

EMPRESA CERTIFICADA

eic

atp s&sd

¹ Os dados recolhidos neste pedido, relativamente à proteção de dados pessoais, são única e exclusivamente para dar cumprimento ao disposto no artigo 102º do Código do procedimento Administrativo (CPA) e/ou ao previsto na legislação específica aplicável ao caso formulado, sendo que o tratamento dos referidos dados por parte do Município de Santa Marta de Penaguião respeitará a legislação em vigor em matéria de proteção de dados pessoais.