|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **ENTRADA** |
| *A PREENCHER PELOS SERVIÇOS* | REQUERIMENTO |       |  |
| PROCESSO |        |  |
| DATA |        |  |
| N.º REGISTO |        |  |
| TRABALHADOR/A |        |  |
|  |  |  |

FE.03.06.B.V.01

|  |
| --- |
| **Candidatura ao Serviço Municipal de Teleassistência**  |

|  |
| --- |
| (Regulamento Municipal de Teleassistência) |
| 1. Identificação do/a candidato/a |
|  |  | NIF |       |
| Nome  |       |
| Morada |       |
| Código Postal |       | - |        |  |       |
| Telefone |       | Telemóvel |       |
| Correio Eletrónico |       |
| [ ]  Autorizo o envio de notificações, no decorrer deste processo, para o endereço eletrónico indicado[[1]](#footnote-1). |
| Documento de Identificação[[2]](#footnote-2) |       | N.º |       | Data de validade |       |
| N.º de Utente SNS |       | Outro |       |
| Data de Nascimento |      /     /      | Sexo |       | Estado Civil |       |

|  |
| --- |
| 2. Informação adicional  |
|  |
| N.º de elementos do agregado familiar | .       |
| Motivo de inscrição do/a Candidato/a: | . |
| ***[ ]***  Solidão ***[ ]***  Segurança ***[ ]***  Saúde ***[ ]***  Outros  | Quais? |       |
| Mobilidade: [ ]  Normal [ ]  Reduzida [ ]  Nenhuma | Medicação: [ ]  Não [ ]  Sim (Descreva no campo observações) |
| Dimensão da habitação |       m2 | N.º de quartos |       | N.º de Pisos |       |
| Melhor itinerário para chegar: |       |
|       |
| Agregado familiar: | [ ]  Sozinho/a [ ]  Acompanhado/a (preencha ponto 4) |

|  |
| --- |
| 3. Observações |
| *(Questões como medicação, enfermidades a assinalar, alergias, intervenções cirúrgicas, diabetes, vista reduzida, problemas cardíacos, audição, mobilidade, etc.)* |
|       |

|  |
| --- |
| 4. Identificação de pessoa com quem vive |
|  |
| Nome |       | Parentesco |       |
| Data de Nascimento |      /     /      | Seg. Social N.º |       | NIF |       |
| Telefone/Telemóvel |       | N.º de Utente SNS |       | Outro |       | N.º |       |
| Documento de Identificação2 |     | N.º  |       | Data de Validade |      /     /      |

|  |
| --- |
| 5. Em caso de emergência médica |
|  |
| Centro de Saúde |       | Contacto: |       |
| Médico de família: |       | Contacto: |       |
| Hospital próximo: |       | Contacto: |       |
| Hospital privado: |       | Contacto: |       |
| Médico Particular |       | Especialidade |       | Contacto: |       |
| Médico Particular |       | Especialidade |       | Contacto: |       |
| Médico Particular |       | Especialidade |       | Contacto: |       |
| Médico Particular |       | Especialidade |       | Contacto: |       |
| Ambulâncias: |       | Contacto: |       |
| Ambulância Priv. (Priva: |       | Contacto: |       |
| Outros: |       | Contacto: |       |

|  |
| --- |
| 6. Identificação da pessoa para contacto em primeira linha |
|  |
| Nome  |       |
| Telefone |       | Telemóvel |       |
| Correio Eletrónico |       |
| [ ]  Autorizo o envio de notificações, no decorrer deste processo, para o endereço eletrónico indicado1. |
| Relação com o/a utente: |       | Tem chave de casa? | [ ]  Não [ ]  Sim |
|  | Tem acesso à WEB? | [ ]  Não [ ]  Sim |

|  |
| --- |
| 7. Identificação da pessoa de contacto em segunda linha |
|  |
| Nome  |       |
| Telefone |       | Telemóvel |       |
| Correio Eletrónico |       |
| [ ]  Autorizo o envio de notificações, no decorrer deste processo, para o endereço eletrónico indicado1. |
| Relação com o/a utente: |       | Tem chave de casa? | [ ]  Não [ ]  Sim |
|  |  | Tem acesso à WEB? | [ ]  Não [ ]  Sim |

|  |
| --- |
| 8. Identificação da pessoa de contacto em terceira linha |
|  |
| Nome  |       |
| Telefone |       | Telemóvel |       |
| Correio Eletrónico |       |
| [ ]  Autorizo o envio de notificações, no decorrer deste processo, para o endereço eletrónico indicado1. |
| Relação com o/a utente: |       | Tem chave de casa? | [ ]  Não [ ]  Sim |
|  |  | Tem acesso à WEB? | [ ]  Não [ ]  Sim |

|  |
| --- |
| 9. Identificação da pessoa de contacto em quarta linha |
|  |
| Nome  |       |
| Telefone |       | Telemóvel |       |
| Correio Eletrónico |       |
| [ ]  Autorizo o envio de notificações, no decorrer deste processo, para o endereço eletrónico indicado1. |
| Relação com o/a utente: |       | Tem chave de casa? | [ ]  Não [ ]  Sim |
|  |  | Tem acesso à WEB? | [ ]  Não [ ]  Sim |

|  |
| --- |
| 10. Elementos para a instrução do pedido |
| [ ]  | Apresentação do documento de identificação do/a requerente; |       a      . |
| [ ]  | Declaração de IRS e nota de liquidação (caso não possua rendimentos para a entrega da referida declaração deve entregar em alternativa declaração passada pelo respetivo serviço da Autoridade Tributária comprovando a situação); |       a      . |
| [ ]  | Declaração comprovativa do valor da pensão emitida pelo Instituto da Segurança Social, IP, quando aplicável; |       a      . |
| [ ]  | Comprovativo do grau de incapacidade, quando aplicável. |       a       |

|  |
| --- |
| 11. Termo Informativo  |
| O tratamento dos dados pessoais é realizado pelo Município para efeitos de processamento das Candidaturas ao Serviço Municipal de Teleassistência, com base no cumprimento das obrigações estabelecidas no Regulamento Municipal de Teleassistência, nos termos especiais da Ficha de Informação sobre Tratamento de Dados no Serviço Municipal de Teleassistência e nos termos gerais da Política de Proteção de dados que se encontra acessível em [www.cm-palmela.pt](http://www.cm-palmela.pt). .Os/as titulares de dados podem exercer os seus direitos de proteção de dados, nomeadamente os direitos de informação, acesso, consulta, retificação, limitação ou oposição ao tratamento e apagamento, dentro do horário normal de funcionamento, através dos canais de atendimento, designadamente o Atendimento Presencial municipal, ou pelo correio eletrónico atendimento@cm-palmela.pt. .Formulário disponível em <https://www.cm-palmela.pt/pages/2780>. .  |

|  |
| --- |
| 12. Data e assinatura |
|  |
|  | Candidato/a |
|  |      /     /      |  |  |
| (data) | (Assinatura conforme BI/Cartão de Cidadão/Passaporte do/a candidato/a ou de outrem a seu rogo, se o/a mesmo/a não souber assinar, ou mandatário/a, representante legal, com carimbo comercial, quando se trate de pessoa coletiva) |

Nota:

Onde se lê “\_\_a\_\_” - O/A requerente deve numerar as páginas dos documentos instrutórios e organizá-las de forma sequencial.

As falsas declarações ou a falsificação de documentos constituem crime nos termos previstos, respetivamente, nos artigos 348º - A e 256º do Código Penal.

1. Conforme previsto no n.º 1 do artigo 63.º do Código de Procedimento Administrativo. [↑](#footnote-ref-1)
2. BI - Bilhete de Identidade; CC - Cartão de Cidadão; P - Passaporte. [↑](#footnote-ref-2)