



Setor Social e Saúde
Cheque Farmácia - Candidatura

Exm.º Senhor
Presidente da Câmara Municipal de
Arruda dos Vinhos

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

N.º de Identificação Fiscal* |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__

Nome * | _____

Domicílio/Sede* | _____

Freguesia* | _____ Cód.Postal* |__|__|__|__ - |__|__|__ Concelho* | _____

Telefone* |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__ E-mail | _____

BI/NIC |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__ Data de Validade |__|__|__ / |__|__|__ / |__|__|__|__|__|__

* preenchimento obrigatório

AGREGADO FAMILIAR

Nome Completo	Parentesco	Data Nascimento	NIF	N.º Utente
1	Próprio		-----	-----
2				
3				
4				
5				
6				
7				

FARMÁCIA

Arruda dos Vinhos Arranhó

DECLARAÇÃO (apenas para as situações especiais mencionadas no artigo 9.º do Regulamento de Atribuição do Cheque Farmácia)

Declaro sob compromisso de honra, que a minha situação socioeconómica se alterou significativamente em relação ao ano anterior, pelos seguintes motivos:

Declaro sob compromisso de honra que são verdadeiras as declarações que constam deste documento

Arruda dos Vinhos, ____ de _____ de 20____.

Pede deferimento

(Assinatura do requerente ou de outrem a seu rogo, se o mesmo não puder assinar)

RECIBO DE ENTREGA DE REQUERIMENTO (a preencher pelos serviços)

Nome do requerente | _____ Reg. SGD | _____

Data ____/____/____ O Funcionário | _____ Rubrica | _____

Obs.: _____

DOCUMENTOS A ANEXAR (DE TODOS OS ELEMENTOS DO AGREGADO FAMILIAR)

Declaração de Consentimento Informado ;

Fotocópia da declaração de IRS do ano anterior e respetiva demonstração de liquidação ou, no caso de não ter efetuado a declaração de IRS no ano anterior, certidão comprovativa dessa situação;

Declaração dos montantes auferidos referente às prestações pagas pelo Instituto de Segurança Social, IP., relativamente ao ano anterior;

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu _____, portador do NIF _____, declaro que, de forma livre, esclarecida, específica e inequívoca que é minha vontade beneficiar da medida Cheque Farmácia e que autorizo a USSDA a fornecer os meus dados e do meu agregado familiar a entidades/farmácias aderentes, bem como o respetivo tratamento em ficheiro de dados pessoais informatizados ou manuais.

Declaro ainda, para os devidos efeitos, ter sido devidamente informado de todas as obrigações e responsabilidades inerentes à autorização proferida.

Arruda dos Vinhos, _____ de _____ de 20_____.

Pede deferimento

(Assinatura do requerente ou de outrem a seu rogo, se o mesmo não puder assinar)

Conferi a documentação. O Funcionário | _____ Rubrica | _____

INFORMAÇÕES / PARECERES

INFORMAÇÃO FINAL PARA DESPACHO

DESPACHO FINAL

