

REQUERIMENTO

PROGRAMA ABEM: REDE SOLIDÁRIA DO MEDICAMENTO

(ao abrigo do Protocolo celebrado entre a Associação Dignidade e o Município de Machico)

Exm^o. Senhor

Presidente da Câmara Municipal de Machico

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE (preencher com letra maiúscula)

NOME _____

CARTÃO DE CIDADÃO CC/BI _____ VALIDADE _____ CONTRIBUINTE (NIF) _____

TELEFONE _____ TELEMÓVEL _____ EMAIL _____

RESIDENTE EM _____

CODIGO POSTAL _____ - _____ LOCALIDADE _____

OBSERVAÇÕES _____

AUTORIZO O TRATAMENTO DOS DADOS PESSOAIS RECOLHIDOS NOS TERMOS DO RGPD (REGULAMENTO GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS), EM VIGOR.

Machico, ____ de _____ de 20____

O Requerente

DOCUMENTOS ANEXOS

Fotocópia do bilhete de identidade / cartão de cidadão

Fotocópia do cartão de contribuinte

Atestado de residência e da composição do agregado familiar emitido pela junta de freguesia, com indicação do tempo de residência e respectivas datas de nascimento dos elementos do agregado familiar

Documentos comprovativos dos rendimentos do agregado familiar do requerente, nomeadamente:

- Declarações IRS / IRC do último ano e respetiva nota de liquidação

- Fotocópia do recibo de pensão anual, caso o requerente ou qualquer membro que componha o agregado familiar se encontre nessa situação;

- Declaração, emitida pela Segurança Social, comprovativa dos rendimentos auferidos pelo requerente e pelos membros que compõem o agregado familiar, ou de que não auferem quaisquer rendimentos sociais;

Relatório médico comprovativo da(s) doença(s) de que padece e a necessidade de toma de medicação;

Outros:

Declara, sob compromisso de honra sobre a veracidade dos documentos e declarações apresentadas.

Machico, ____ de _____ de 20 ____

(Assinatura)