|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **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. Objeto do Pedido |
|  |
| Motivo de inscrição do/a Candidato/a: | . |
| ***[ ]***  Solidão ***[ ]***  Segurança ***[ ]***  Saúde ***[ ]***  Outros  | Quais? |       |
|  |  |
| Mobilidade: [ ]  Normal [ ]  Reduzida [ ]  Nenhuma | Medicação: [ ]  Não [ ]  Sim (Descreva no campo observações) |
| 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 |       |
| Telefone/Telemóvel |       |  |

|  |
| --- |
| 5. Identificação da pessoa para contacto em primeira linha |
|  |
| Nome  |       |
| Telefone |       | Telemóvel |       |
| Correio Eletrónico |       |
| [ ]  Declaro que obtive o consentimento do/a titular para disponibilizar estes dados ao município |
| Relação com o/a utente: |       | Tem chave de casa? | [ ]  Não [ ]  Sim |

|  |
| --- |
| 6. Identificação da pessoa de contacto em segunda linha |
|  |
| Nome  |       |
| Telefone |       | Telemóvel |       |
| Correio Eletrónico |       |
| [ ]  Declaro que obtive o consentimento do/a titular para disponibilizar estes dados ao município |
| Relação com o/a utente: |       | Tem chave de casa? | [ ]  Não [ ]  Sim |

|  |
| --- |
| 7. Identificação da pessoa de contacto em terceira linha |
|  |
| Nome  |       |
| Telefone |       | Telemóvel |       |
| Correio Eletrónico |       |
| [ ]  Declaro que obtive o consentimento do/a titular para disponibilizar estes dados ao município |
| Relação com o/a utente: |       | Tem chave de casa? | [ ]  Não [ ]  Sim |

|  |
| --- |
| 8. Identificação da pessoa de contacto em quarta linha |
|  |
| Nome  |       |
| Telefone |       | Telemóvel |       |
| Correio Eletrónico |       |
| [ ]  Declaro que obtive o consentimento do/a titular para disponibilizar estes dados ao município |
| Relação com o/a utente: |       | Tem chave de casa? | [ ]  Não [ ]  Sim |
|  |  |  |  |
| 9. 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       |

|  |
| --- |
| 10. Termo Informativo  |

O município de Palmela disponibiliza o benefício de teleassistência e para esse efeito disponibiliza este formulário para o seu pedido. Sendo o município o destinatário e responsável pelo tratamento dos dados pessoais, este designou um encarregado de proteção de dados que poderá contactar através do email: protecaodados@cm-palmela.pt.

A recolha dos dados pessoais sensíveis e não sensíveis solicitados no formulário, depende da vontade ou consentimento dos/das titulares dos dados, sendo o tratamento efetuado nos termos previstos no regulamento municipal. O prazo de conservação é o necessário à finalidade de tratamento, acrescido do prazo previsto na legislação, incluindo de arquivo.

O/A titular dos dados pessoais tem os direitos, nos termos e condições definidos legalmente, de retirar o consentimento em qualquer altura sem afastar a licitude do tratamento realizada até à retirada do consentimento, de acesso aos dados pessoais, retificação, apagamento, limitação do tratamento e de se opor ao tratamento. Tem ainda o direito de apresentar reclamação à autoridade de controlo, a Comissão Nacional de Proteção de Dados.

A comunicação dos dados é condição para beneficiar da teleassistência, podendo a falta de disponibilização dos dados impedir a atribuição do benefício.

Ao preencher os seus dados pessoais neste formulário e ao assinar este formulário está a praticar um ato positivo e inequívoco que revela o seu consentimento para o tratamento dos seus dados pessoais.

Para mais informações poderá consultar a nossa política de privacidade no nosso website: <https://www.cm-palmela.pt/politica-de-privacidade>.

Assinale com um X caso dê consentimento para os seguintes tratamentos adicionais de dados pessoais:

[ ]  Dou consentimento para a transmissão dos meus dados para a Helphone, que presta o serviço por conta do município e para as entidades de socorro e emergência;

[ ]  Dou consentimento para a receção e gravação de chamadas telefónicas e sms do serviço de teleassistência, incluindo em caso de urgência.

Pode retirar os consentimentos a qualquer momento estabelecendo contacto escrito, incluindo email com o município ou com o encarregado de proteção de dados.

|  |
| --- |
| 11. 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)