

<b>Registo n.º</b> _____	
<b>Data</b> ____/____/____	
<b>O Funcionário</b> _____	

## UNIDADE DE SAÚDE+

Exmo. Senhor

Presidente da Câmara Municipal de Cascais

Nome \_\_\_\_\_

Data de Nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ NIF \_\_\_\_\_ N.º Utente Saúde \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Código postal \_\_\_\_/\_\_\_\_ Localidade \_\_\_\_\_

Tel./Tlm.: \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Autorizo que todas as notificações e informações referentes a este processo sejam efetuadas através de correio eletrónico para o endereço acima indicado      SIM       NÃO

Autorizo a utilização dos meus contactos, para divulgação de outras iniciativas da CMC/Divisão de Promoção de Saúde e Bem Estar  
SIM       NÃO

### Sinalize a freguesia

- União Freguesias Cascais e Estoril       Alcabideche  
 União Freguesias Carcavelos e Parede       São Domingos de Rana

### Sinalize quem está a fazer o pedido

- Próprio       Encarregado de Educação  
 Escola      Qual \_\_\_\_\_  
 Instituição      Qual \_\_\_\_\_  
 Outro(s)      Qual \_\_\_\_\_

## Sinalize qual é a sua necessidade de apoio\*\*

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Psiquiatria do Adulto          | <input type="checkbox"/> Psicologia Educacional e do Desenvolvimento |
| <input type="checkbox"/> Psicomotricidade *             | <input type="checkbox"/> Terapia Ocupacional *                       |
| <input type="checkbox"/> Psicologia Clínica             | <input type="checkbox"/> Terapia Familiar                            |
| <input type="checkbox"/> Psicologia Clínica Sem Paredes | <input type="checkbox"/> Nutrição                                    |
| <input type="checkbox"/> Terapia da Fala *              |  |

\* Necessidade de apresentação de declaração médica

Nota: Os beneficiários deste Programa terão de ter um Rendimento Per Capita inferior ao Salário Mínimo Nacional em vigor, em que ao valor ilíquido de rendimentos do agregado, se subtraem o valor da renda (até um máximo de 500€) e da medicação crónica (até um máximo de 30€), e se divide este valor, pelo número de elementos do agregado familiar.

Pede Deferimento,

Cascais, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

O Requerente,

---

Documentos a anexar (por cada elemento do agregado familiar):

- Fotocópia do BI/Cartão de cidadão

( *Autorizo*/  *Não Autorizo* fotocópia do Documento de Identificação de acordo com Lei n.º7/2007 de 05

Fevereiro, Artº 5, al. 2.)

- Recibo de renda
- Declaração de IRS (referente ao ano anterior) e/ou os 3 últimos recibos de vencimento e/ou a declaração situação de desemprego e/ou declaração em como é beneficiário do RSI, ou pensão de reforma, ou pensão de invalidez (...);
- Despesas com medicação referente a doenças crónicas.

Os dados pessoais, supra, são recolhidos e processados pelo Município de Cascais para as finalidades expressas no presente requerimento. Para efeitos de rastreabilidade e arquivo, os dados serão mantidos durante a sua permanência no programa e por um período de 2 anos a contar da data de término do seu acompanhamento, sendo que, a qualquer momento, poderá exercer o direito de solicitação de acesso, retificação, portabilidade, eliminação e retirada de consentimento, sem comprometer a licitude do tratamento efetuado com base no consentimento previamente dado. Para qualquer assunto relacionado com a privacidade dos seus dados, poderá contactar o encarregado de proteção de dados através do e-mail atendimento.municipal@cm-cascais.pt ou do telefone 800203186. Poderá, ainda, apresentar reclamação a uma autoridade de controlo, nomeadamente à Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPd) (<https://www.cnpd.pt>). Para informações adicionais, por favor consulte a política de privacidade e segurança publicada em <https://www.cascais.pt/politica-de-privacidade-e-tratamento-de-dados-pessoais>

Dou o meu consentimento ao Município de Cascais, para tratamento dos meus dados pessoais nos termos e Política de Privacidade acima referidos, que li e aceito.