



Associação de Assistência e Beneficência Misericórdia de Alverca

A preencher pelos serviços

FICHA DE INSCRIÇÃO DE UTENTES

Inscrição n° _____
Processo n° _____

1 TIPO DE INSCRIÇÃO

Apoio Domiciliário ☐ Centro de Dia ☐ Residência ☐ Residência Temporária ☐

2 IDENTIFICAÇÃO DO(A) UTENTE

Nome Completo _____
Morada _____
Código Postal _____ - _____ Localidade _____
Data de Nascimento _____ - _____ - _____ Estado Civil _____
Telefone _____ Telemóvel _____
E-Mail _____
Naturalidade: Freguesia _____ Concelho _____
B.I / C.C. n.º _____ Validade _____ - _____ - _____
Número Segurança Social _____ Número de Cartão de Contribuinte _____
Número de Saúde de Utente _____ Nº de Elementos do Agregado Familiar _____
Médico Assistente _____

3 IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA DE REFERÊNCIA

Nome Completo _____
Morada _____
Código Postal _____ - _____ Localidade _____
Telefone _____ Telemóvel _____
E-Mail _____
B.I / C.C. n.º _____ Validade _____ - _____ - _____
Número de Cartão de Contribuinte _____ Afinidade _____

4 OUTRO CONTATO

Nome Completo _____
Telefone _____ Telemóvel _____
E-Mail _____
Afinidade _____

5 CERTIFICAÇÃO

Tenho conhecimento de que deverei proceder a eventuais actualizações dos dados pessoais ora fornecidos através da secretaria dos Serviços da AABMA ou através do e-mail geral@aabma.pt.

____ - ____ - ____
Ano Mês Dia
(Assinatura do Requerente ou de seu Representante Legal)

6 INFORMAÇÕES/DOCUMENTOS A ANEXAR

Documentos a apresentar

- ✓ Fotocópia do documento de identificação ou exibição do mesmo nos serviços da AABMA, do Utente e do(s) responsável(responsáveis)
- ✓ Cartão de Contribuinte do utente e do representante legal, quando necessário
- ✓ Fotocópia do cartão de Beneficiário da Segurança Social do utente e do representante legal (excepto no caso que apresente o cartão de cidadão)
- ✓ Cartão de Utente do Serviço Nacional de Saúde ou de Subsistema a que a utente pertença (excepto no caso que apresente o cartão de cidadão)
- ✓ Boletim de vacinas e relatório(s) médico(s) comprovativo da situação clínica do utente
- ✓ Comprovativo dos rendimentos do utente e agregado familiar (IRS do último ano)

7 TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS

A AABMA – ASSOCIAÇÃO DE ASSISTÊNCIA E BENEFICÊNCIA MISERICÓRDIA DE ALVERCA, na qualidade de responsável pelo tratamento de dados pessoais, declara para os devidos efeitos legais e nos termos do Regulamento Geral sobre a Protecção de Dados (Regulamento (UE) 2016/679, do Parlamento e do Conselho, de 27 de Abril de 2016) e da Lei de Execução Nacional, Lei n.º 58/2019, de 8 de Agosto, que os dados pessoais recolhidos no presente documento serão tratados com absoluta confidencialidade e em exclusivo para a finalidade que motivou a sua recolha ou tratamento.

O acesso aos dados pessoais encontra-se estritamente limitado às pessoas autorizadas pela AABMA, sujeitas a obrigação de confidencialidade, podendo os mesmos ser partilhados com subcontratantes ou terceiros, no âmbito e para efeito da finalidade para a qual foram recolhidos.

Os dados pessoais serão conservados de acordo com a legislação aplicável ao tratamento de dados pessoais e uma vez finda a relação com a AABMA, os dados fornecidos serão eliminados de acordo com os prazos legais definidos para o efeito.

O Titular dos Dados tem direito a solicitar informação sobre os dados conservados relativos à sua pessoa e, de acordo com a legislação aplicável sobre protecção de dados pessoais, receber uma cópia dos seus dados pessoais ("portabilidade de dados"), o direito de ter os seus dados pessoais rectificados ou apagados, ou o respectivo tratamento restringido. Além disso, tem o direito de apresentar queixa junto da autoridade de controlo competente se considerar que o tratamento dos seus dados pessoais viola a legislação aplicável sobre protecção de dados pessoais.

Para quaisquer questões relativas à protecção de dados pessoais ou para o exercício dos direitos atrás mencionados, deverá ser contactada a AABMA através do e-mail geral@aabma.pt.

____ - ____ - ____
Ano Mês Dia
(Assinatura do Requerente ou de seu Representante Legal)

____ - ____ - ____
Ano Mês Dia
(Assinatura(s) do(s) Responsável de acordo com o ponto 3)

____ - ____ - ____
Ano Mês Dia
(Assinatura(s) do(s) Responsável de acordo com o ponto 4)

8 CESSAÇÃO DO(S) SERVIÇO(S) (A preencher pelos serviços da Instituição)

Motivo da cessação do (s) serviço (s) _____

Data ____ - ____ - ____