

**Entidade Referenciadora:** Município de AlijóRequerimento Inicial  Pedido de Renovação **1. Identificação da Criança Beneficiária *Kit Bebê do Município de Alijó***

(nome completo) \_\_\_\_\_,

Data de Nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Género: Feminino  Masculino 

Freguesia de \_\_\_\_\_, Concelho de Alijó, Distrito de Vila Real

NIF \_\_\_\_\_, BI/CC/CN n.º \_\_\_\_\_, NISS \_\_\_\_\_

**2. Identificação do/a Responsável Parental**

(nome completo) \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

**Declarações, Data e Assinaturas**

- Declaro ter sido informado(a) sobre a metodologia e operacionalização do Programa *Kit Bebê do Município de Alijó*.
- Autorizo o tratamento pela Associação Dignitude dos dados pessoais fornecidos, bem como informação recolhida junto de outras entidades, com vista à gestão da relação de beneficiário do Programa *Kit Bebê do Município de Alijó*, sendo tais dados pessoais conservados pelo período de 10 (dez) anos após o fim de adesão ao Programa *Kit Bebê do Município de Alijó*.
- A Associação Dignitude, enquanto responsável pelo tratamento, garante-me o direito de informação acerca do tratamento dos meus dados pessoais e ainda o direito a requerer, quando assim entenda, o acesso, a retificação, o apagamento, a limitação ou oposição ao tratamento e a portabilidade dos dados de que seja titular, mediante comunicação escrita dirigida à Associação Dignitude (Rua Venâncio Rodrigues, 12, 3000-409 Coimbra), sem prejuízo do direito que me é conferido de apresentar reclamação junto da autoridade competente em matéria de proteção de dados.
- Autorizo os prestadores de cuidados de saúde a que recorra no âmbito do Programa *Kit Bebê do Município de Alijó*, a fornecer aos serviços da Associação Dignitude e a deles receber quaisquer informações relacionadas com os serviços prestados e abrangidos pelo segredo profissional, bem como o seu tratamento.
- Autorizo ainda que a informação respeitante ao extrato de benefícios, contendo informação relativa ao prestador, data da prescrição e dispensa de produtos de saúde e medicamentos, bem como o valor das despesas realizadas, seja prestada à Associação Dignitude.
- Sem prejuízo dos deveres e limites previstos nas leis de proteção de dados e concorrência, pode a Associação Dignitude facultar o acesso ou transmitir tais informações ou dados a pessoas, singulares ou coletivas, de direito público ou privado, que subcontrate para efeitos de colaboração na realização de estudos estatísticos, de inquéritos de mercado (como por exemplo entidades que enquadrem ou realizem, lícitamente, ações de cooperação, de compilação de dados, de prevenção e combate à fraude, ou estudos estatísticos ou técnico-atuariais).
- Compreendo que a minha participação é inteiramente voluntária e que, se assim o entender, posso recusar responder a qualquer pergunta ou em qualquer momento posso recusar a minha participação no Programa *Kit Bebê do Município de Alijó*, sem que isso prejudique os serviços que recebo de qualquer entidade com relações à Associação Dignitude.
- Fui ainda informado que tenho o direito de retirar o consentimento (terminando assim a adesão ao Programa *Kit Bebê do Município de Alijó*) em qualquer altura, sem comprometer a licitude do tratamento efetuado com base no consentimento previamente dado.

Alijó, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

(Assinatura do/a Responsável Parental) \_\_\_\_\_

**Anexo I**

Responsável Parental: \_\_\_\_\_

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

Localidade: \_\_\_\_\_ Freguesia: \_\_\_\_\_

Nacionalidade: \_\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_

NIF \_\_\_\_\_, BI/CC/CN n.º \_\_\_\_\_, NISS \_\_\_\_\_

Contacto telefónico: \_\_\_\_\_

Correio eletrónico: \_\_\_\_\_

**A preencher pelos serviços que rececionam a candidatura**

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| a) Apresentação do cartão de cidadão/ã ou certidão de nascimento da criança beneficiária   | <input type="checkbox"/> |
| b) Apresentação do cartão de cidadão/ã do/a responsável parental   | <input type="checkbox"/> |
| c) Atestado de residência e composição do agregado familiar emitido pela Junta de Freguesia da área de residência permanente do/a requerente.            | <input type="checkbox"/> |
| d) Documento comprovativo de tutela, confiança judicial, aplicação de medida de promoção e proteção ou início de processo legal de adoção. Se aplicável. | <input type="checkbox"/> |
| e) Declarações relativas à inexistência de dívidas, emitidas pela Autoridade Tributária e pela Segurança Social do requerente                            | <input type="checkbox"/> |

**Notas:**

- Podem ainda ser solicitados outros documentos ou elementos necessários para a atribuição do Kit Bebê do Município de Alijó.

- A falta dos documentos que devem acompanhar a candidatura implica o indeferimento da mesma.

**A preencher pelos Serviços Municipais da Divisão de Desenvolvimento Social**

N.º de Beneficiário Kit Bebê do Município de Alijó: \_\_\_\_\_

N.º Processo Entidade Referenciadora: \_\_\_\_\_

Cartão válido de \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ até \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_