GAMSJM
Gabinete de Atendimento ao Munícipe
Município de S. João da Madeira

NIPG:_____

Data: _____ / _____ / _____

Funcionário: _____

Ao Presidente da Câmara Municipal de S. João da Madeira

Assunto: Apoio nas Despesas de Medicação – Pessoa Inválida

IDENTIFICAÇÃO DO (A) REQUERENTE

Nome _____

Morada _____ CP _____ / _____ _____

NIF _____ Tel _____ E-mail _____

☐ Autorizo ser notificado(a) para o e-mail indicado

CARACTERIZAÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR

Nº	Nome	Parentesco

DOCUMENTOS A ANEXAR

☐ **[GR_024]** - Bilhete de Identidade/Cartão do Cidadão de todos os elementos do agregado familiar

☐ **[GR_066] -** Certificado de incapacidade

☐ **[GR_060] -** Comprovativo do rendimento mensal (incluindo vencimentos, subsídio de desemprego, baixa médica, rendimento social de inserção, pensões e bolsas de formação) de todos os elementos do agregado familiar. (*) No caso de não existirem rendimentos, declaração comprovativa da Segurança Social desta situação

☐ **[GR_067] -** Declaração anual de IRS

☐ **[GR_061] -** Comprovativo do valor da renda ou da prestação da casa

Toma conhecimento:

1.O Município de S. João da Madeira utiliza os dados pessoais constantes neste formulário, para dar resposta aos seus pedidos bem como à instrução do respetivo processo. Os dados pessoais poderão ainda servir para prestar informações sobre assuntos da cidade, fins estatísticos e/ou realização de estudos.
2.O uso da informação é efetuado no cumprimento da legislação aplicável, de forma a ser assegurada a confidencialidade e segurança dos dados pessoais fornecidos. A entidade responsável pela recolha e tratamento de dados pessoais é a Câmara Municipal de S. João da Madeira.
3. Para mais informações sobre as práticas de privacidade, consulte o nosso site em **www.cm-sjm.pt/politica-de-privacidade** ou envie um e-mail para **rgpd@cm-sjm.pt.**

São João da Madeira, _____ de _____ de _____

_____