

Exmo. Senhor Presidente da Câmara Municipal

**CONCESSÃO DE APOIO NO ÂMBITO DA AÇÃO SOCIAL ESCOLAR
1.º CICLO DO ENSINO BÁSICO - ANO LETIVO 2023/2024**

REQUERENTE (Dados referentes ao Aluno/a)

Nome:

Domicílio/Sede:

N.º:

Lote, andar, etc.:

Código Postal:

Localidade:

Freguesia:

Concelho:

N.º de Identificação da
Segurança Social

NIF/NIPC:

BI/CC:

Passaporte:

Válido até:

Estado Civil:

Profissão:

Telefone:

Telemóvel:

Fax:

E-mail:

Caixa Postal Eletrónica (ViaCTT):

REPRESENTANTE

Nome:

Domicílio/Sede:

N.º:

Lote, andar, etc.:

Código Postal:

Localidade:

Freguesia:

Concelho:

N.º de Identificação
da Segurança Social

NIF/NIPC:

BI/CC:

Passaporte:

Válido até:

Estado Civil:

Profissão:

Telefone:

Telemóvel:

Fax:

E-mail:

Caixa Postal Eletrónica (ViaCTT):

Qualidade de: Encarregado de Educação Tutor Representante Legal Outra

NOTIFICAÇÕES/COMUNICAÇÕES

Mais **consente** que as notificações/comunicações do município lhe sejam feitas via:

Caixa Postal Eletrónica (ViaCTT)

Telefone

Telefax

Não obstante, as notificações/comunicações por via postal deverão ser enviadas para a seguinte

morada: Requerente Representante Outra morada (por favor, indique):

NOTIFICAÇÕES/COMUNICAÇÕES

Domicílio/Sede: N.º:

Lote, andar, etc.: Código Postal: - Localidade:

Freguesia: Concelho:

PEDIDO

Vem requerer a V.Exa., para o ano letivo / a concessão de apoio no âmbito da ação social escolar - 1º ciclo.

Estabelecimento de Ensino a Frequentar:

E.B. 1.º Ciclo de Sardoal

Ano que vai frequentar no próximo ano letivo: 1.º Ano 2.º Ano 3.º Ano 4.º Ano

Data de nascimento do/a aluno/a: / /

COMPOSIÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR

| Grau de parentesco | Nome | Idade | Estado civil | Atividade Profissional |
|--------------------|----------------------|----------------------|----------------------|------------------------|
| 1 Aluno | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 2 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 3 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 4 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 5 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 6 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

INFORMAÇÃO DE PARENTESCO

Grau de parentesco do Encarregado de Educação para com o menor:

IBAN (para pagamento direto):

Pai (caso já tenha facultado esta informação no campo "Representante ", não é necessário preencher):

Nome:

Domicílio/Sede: N.º: Lote:

Código Postal: Localidade: Freguesia:

Concelho: NIF/NIPC: BI/CC:

N.º de Identificação da Segurança Social:

Telefone: Telemóvel: Email:



MUNICÍPIO DE SARDOAL

CÂMARA MUNICIPAL

Livro de registo:
Reg. Ent. n.º:
Processo n.º:
Registado em:
O Trabalhador:

Caixa Postal Eletrónica (ViaCTT):

Mãe (caso já tenha facultado esta informação no campo "Representante", não é necessário preencher):

Nome:

Domicílio/Sede: Nº: Lote:

Código Postal: Localidade: Freguesia:

Concelho: NIF/NIPC: BI/CC:

N.º de Identificação da Segurança Social

Telefone: Telemóvel: Email:

Caixa Postal Eletrónica (ViaCTT):

CONTACTO DE EMERGÊNCIA

Pai Mãe Encarregado de Educação Outro, por favor, indique:

Nome:

Telefone 1: Telemóvel 1:

Telefone 2: Telemóvel 2:

DOCUMENTOS A ENTREGAR:

Documento atualizado, emitido pelo Serviço competente do Instituto da Segurança Social ou, quando se trate de trabalhador da Administração Pública, pelo respetivo Serviço processador que faça prova do seu posicionamento nos escalões de atribuição de Abono de Família;

No caso de haver elementos do agregado familiar em situação de desemprego, anexar declaração da Segurança Social, onde indique os montantes e períodos dos subsídios a receber e declaração emitida pelo Instituto de Emprego e Formação Profissional.

Comprovativo do IBAN.

TERMO DE RESPONSABILIDADE

O Representante assume inteira responsabilidade nos termos da lei, pela exatidão de todas as declarações constantes deste boletim. Falsas declarações implicam, para além de procedimento legal, imediato cancelamento dos subsídios e reposição dos já recebidos.

Tomei conhecimento e autorizo através do presente documento a recolha, o processamento e a utilização dos meus dados pessoais no presente contexto, supra referido, de acordo com o disposto no artigo 7.º e seguintes do Novo Regulamento da Proteção de dados (EU) 2016/679 do parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016. Esta autorização de dados poderá ser retirada, a qualquer momento.

OBSERVAÇÕES

Livro de registo:

Reg. Ent. n.º:

Processo n.º:

Registado em:

O Trabalhador:

O subscritor, sob compromisso de honra e consciente de incorrer em eventual responsabilidade penal caso preste falsas declarações, declara que os dados constantes do presente requerimento correspondem à verdade.

Pede deferimento,

Sardoal,

O Requerente/ O Representante,

Validei a conformidade da assinatura de acordo com o documento exibido.

(Assinatura do requerente ou de outrem a seu rogo, se o mesmo não souber ou não puder assinar)

(O Trabalhador)

Gestor do Procedimento:

Telefone:

E-mail: