

CARTÃO ABEM - REDE SOLIDÁRIA DO MEDICAMENTO

Despacho

Registo de Entrada

NIPG:

Data:

Processo n.º:

O Funcionário

.....

A Identificação

01 Nome / Entidade:

02 Morada / Sede:

03 Freguesia: 04 Código Postal:

05 NIF / NIPC: 06 N.º de Identificação Civil: 07 Validade:

08 Telefone: 09 Telemóvel: 10 Fax:

09 Email:

10 Solicito o envio de notificações, no decorrer deste processo, para o endereço eletrónico indicado.

11 Ocupação

Empregado Profissão:

Desempregado Estudante Aposentado

B Composição do Agregado Familiar

01 Nome:

02 Grau de Parentesco:

03 Nome:

04 Grau de Parentesco:

05 Nome:

06 Grau de Parentesco:

07 Nome:

08 Grau de Parentesco:

09 Nome:

10 Grau de Parentesco:

11 Nome:

12 Grau de Parentesco:

13 Nome:

14 Grau de Parentesco:

15 Nome:

16 Grau de Parentesco:

17 Nome:

18 Grau de Parentesco:

C Exposição do Pedido

Vem requerer a V.ª Ex.ª a atribuição do:

01 Cartão ABEM - Rede Solidária do medicamento

D Informação/Consentimento

O Município de Odemira, enquanto responsável pelo tratamento, informa que os dados recolhidos destinam-se exclusivamente para o fim presente neste formulário.

Os titulares dos dados podem exercer, por escrito, os seus direitos previstos no art. 13º do Regulamento (UE) 2016/679, de 27 de abril, Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados, designadamente: direito de informação, acesso, retificação, apagamento, limitação do tratamento, portabilidade, oposição e de ser informado em caso de violações de segurança.

Para mais informações contacte: protecao.dados@cm-odemira.pt, Município de Odemira, Praça da República, 7630-139 Odemira, Tel. 283 320 900 ou consulte a política de privacidade em www.cm-odemira.pt.

De acordo com a Lei de Acesso aos Documentos Administrativos, os elementos apresentados no âmbito do presente processo são documentos administrativos, pelo que o Município estará obrigado a garantir o seu acesso, salvaguardando os dados pessoais, a todos aqueles que o solicitarem.

E Pedido de Deferimento

01 O Requerente : 02 Data:
assinatura

Declaro para os devidos e legais efeitos e sob compromisso de honra, que as declarações prestadas no âmbito da presente candidatura correspondem à verdade dos factos e que:

- Resido há mais de um ano no Concelho;
- Não usufruo, ou qualquer outro elemento do meu agregado familiar, de outros rendimentos para além dos declarados;
- Não possuo outro bem, prédio ou fração autónoma de prédio destinado à habitação, ou recebo rendimentos decorrentes da propriedade de quaisquer imóveis;
- E que me obrigo, por esta forma, a respeitar integralmente o exposto nas Normas de atribuição do Cartão Abem - Rede Solidária do Medicamento

F Documentação a Apresentar

- 01 Apresentação de cópia traçada do Bilhete de Identidade, Cartão de Eleitor e Identificação Fiscal ou Cartão de Cidadão, dos elementos do agregado familiar, com a menção "Autorizei a reprodução exclusiva para efeitos de candidatura ao Cartão abem – Rede Solidária do Medicamento";
- 02 Declaração de IRS atualizada e respetiva Nota de Liquidação e comprovativo dos rendimentos auferidos no mês anterior à candidatura (recibos de vencimento, pensões, reforma, prestações sociais (todas exceto as prestações por encargos familiares, por deficiência e por dependência), de todos os elementos do agregado familiar;
- 03 No caso de estar desempregado/a deve apresentar declaração, emitida pela Segurança Social, com o valor auferido ou em como não auferir quaisquer rendimentos e prova de inscrição no Instituto de Emprego e Formação Profissional;
- 04 No caso de elementos do agregado familiar que se encontrem a estudar, apresentar comprovativo de matrícula, emitida pela escola;
- 05 Comprovativo de rendimentos de capitais e prediais;
- 06 Atestado de Residência com a composição do Agregado Familiar, com a discriminação dos graus de parentesco de acordo com a alínea a) do artigo 4º;
- 07 Ficha de Eleitor ou no Atestado de residência deve constar que não se encontra recenseado por ser cidadão de países terceiros;
- 08 Certidão de Bens Patrimoniais e Imóveis, de todos os elementos do agregado familiar;
- 09 Na ausência da Declaração de IRS deverá apresentar comprovativo de isenção da mesma;
- 10 Comprovativos das despesas com a habitação (recibo de renda ou comprovativo de pagamento de crédito à habitação), água, luz e gás, relativos ao mês anterior à candidatura.

Entidade Referenciadora:	Cód.:
N.º de Processo:	

1. Identificação Requerente/Beneficiário [1]

(nome completo) _____,

Ano de Nascimento: _____ género: Feminino Masculino

Freguesia de _____, Concelho de _____ Distrito de _____

BI/CC n.º _____, *NIF _____, *NISS _____

N.º Beneficiário *abem*: _____

2. Composição do Agregado Familiar

(nome Beneficiário [2]) _____,

Relação Familiar com o Requerente: _____ N.º *abem*: _____

Ano de Nascimento: _____ género: Feminino Masculino

BI/CC n.º _____, *NIF _____, *NISS _____

(nome Beneficiário [3]) _____,

Relação Familiar com o Requerente: _____ N.º *abem*: _____

Ano de Nascimento: _____ género: Feminino Masculino

BI/CC n.º _____, *NIF _____, *NISS _____

(nome Beneficiário [4]) _____,

Relação Familiar com o Requerente: _____ N.º *abem*: _____

Ano de Nascimento: _____ género: Feminino Masculino

BI/CC n.º _____, *NIF _____, *NISS _____

(* no caso de ausência do BI/CC, identificar NIF ou NISS)

3. Declarações, Data e Assinaturas

- a) Declaro ter sido informado(a) sobre a abrangência da Associação Dignitude e a metodologia e operacionalização do Programa *abem*: Rede Solidária do Medicamento.
- b) 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 Projeto *abem*: Rede Solidária do Medicamento, sendo tais dados pessoais conservados pelo período de 10 (dez) anos após o fim de adesão ao Programa *abem*.
- c) 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.
- d) Autorizo os prestadores de cuidados de saúde a que recorra no âmbito do Projeto *abem*: Rede Solidária do Medicamento, 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.
- e) Autorizo ainda que a informação respeitante ao extrato de benefícios, contendo informação relativa ao prestador, data da prescrição e dispensa de medicamentos, bem como o valor das despesas realizadas, seja prestada à Associação Dignitude.
- f) 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, licitamente, ações de cooperação, de compilação de dados, de prevenção e combate à fraude, ou estudos estatísticos ou técnico-atuariais).
- g) 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 *abem*: Rede Solidária do Medicamento, sem que isso prejudique os serviços que recebo de qualquer entidade com relações à Associação Dignitude.
- h) Fui ainda informado que tenho o direito de retirar o consentimento (terminando assim a adesão ao Programa *abem*: Rede Solidária do Medicamento) em qualquer altura, sem comprometer a licitude do tratamento efetuado com base no consentimento previamente dado.

_____, ___/___/___

(assinatura do requerente/beneficiário [1]) _____

(assinatura do beneficiário [2]) _____

(assinatura do beneficiário [3]) _____

(assinatura do beneficiário [4]) _____