



SERVIÇO DE APOIO AO DOMICÍLIO

REFEIÇÕES: Almoço  Jantar

HIGIENE PESSOAL

HIGIENE HABITACIONAL  TRATAMENTO DE ROUPAS

Data de inscrição: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

## 1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO (A) CANDIDATO (A)

Nome completo: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_

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

C.P : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Freguesia: \_\_\_\_\_ Concelho: \_\_\_\_\_

Telf.: \_\_\_\_\_ Tlmvl.: \_\_\_\_\_

Doc. Id. Civil: \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_ NISS: \_\_\_\_\_ NIF: \_\_\_\_\_

Profissão atual: \_\_\_\_\_ Profissão enquanto ativo: \_\_\_\_\_





## 2. COMPOSIÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR

AGREGADO FAMILIAR					
Ref. <sup>a</sup>	Nome	Grau de Parentesco com o (a) candidato (a)	Data de Nascimento	Hab. Literárias	Profissão
A					
B					
C					
D					
E					
F					
G					

## 3. CONTATO (S) EM CASO DE NECESSIDADE

• Nome : \_\_\_\_\_ Relação/ grau de parentesco: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_ Telf./ Tlmvl \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## 4. RESPONSÁVEL

Nome \_\_\_\_\_ Relação/ grau de parentesco: \_\_\_\_\_

Técnico: \_\_\_\_\_ Entidade/ Instituição: \_\_\_\_\_

## 5. FUNDAMENTAÇÃO DA INSCRIÇÃO

---

---

---

VD AGENDADA PARA O DIA \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_ h \_\_\_\_

O (A) Requerente: \_\_\_\_\_



## 6. DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE (a preencher pelos serviços)

DOCUMENTO	ENTREGUE A
Cópia de documento de ID Civil (BI/CC ou CN)	
Cópia do Cartão de Contribuinte	
Cópia do Cartão de Beneficiário da Segurança Social, Pensionista ou de outro subsistema	
Cópia do Cartão de Utente	
Prova do rendimento familiar anual bruto referente ao ano fiscal anterior	
Certidão da Administração Tributária comprovativa da não entrega de rendimentos	
Cópia do recibo de renda/ prestação da habitação até 500 € mensais	
Declaração da farmácia com os gastos mensais fixos com a medicação <b><u>não participada</u></b> e comprovativo dos encargos com saúde <b><u>não reembolsados</u></b>	
Recibo de frequência da Valência Centro de Dia	
Declaração sob compromisso de honra do agregado familiar	
Declaração médica comprovativa da inexistência de doenças infeto-contagiosas ou perturbação mental grave, com resumo do processo clínico (do (a) candidato (a));	

