

A preencher pelos serviços

1/2

Data Inscrição	Utente nº	9. Renovação de Inscrição ____/____/____ ____/____/____ ____/____/____ ____/____/____ ____/____/____
Inscrito noutra Resposta Social CD ERPI		
Data Entrada	Data Saída	
Mensalidade Atribuída	_____, ____ €	

1. Identificação

Nome			
Nº Identificação (CC/BI/Passaporte/Outro)		NISS	
NIF		Nº Utente SNS	
Morada			Cód. Postal
Telefone	Telemóvel	Naturalidade (Freguesia e Concelho)	
Data de Nascimento	Idade	Estado Civil	

2. Situação Familiar

Vive só? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	Se não, nome:	Grau de parentesco
Tem filhos? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
Familiar a frequentar a Instituição? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	Resposta Social	

3. Situação Sócio-Económica

Reforma(s), Complemento Solidário para Idoso / Outros Complementos	€
Outros rendimentos regulares mensais/anuais	€
Despesas mensais fixas com saúde (doenças crónicas)	€
Possui casa própria? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	Se não, renda mensal €

4. Situação Física / Funcional / Saúde

5. Previsão de Entrada

<input type="radio"/> Autónomo Dependente: <input type="radio"/> Parcial <input type="radio"/> Total	<input type="radio"/> Curto Prazo <input type="radio"/> Médio Prazo <input type="radio"/> Longo Prazo
---	---

6. Serviços/Apoios a Prestar pela Instituição

<input type="radio"/> Alimentação <input type="radio"/> Tratamento de Roupas <input type="radio"/> Higiene Pessoal <input type="radio"/> Higiene Habitacional <input type="radio"/> Outros
--

7. Motivo do Pedido

8. Responsável pela Inscrição (Não sendo o próprio)

2/2

Nome		Grau de Parentesco
Email	Telefone	Telemóvel
Residência	Local de Trabalho	Telefone do Local de Trabalho

Proteção de Dados

Ao abrigo do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados, declaro que presto o meu consentimento de forma livre, específica, informada e inequívoca ao CENTRO SOCIAL PAROQUIAL DE CALDAS DA RAINHA para recolha, processamento e tratamento dos meus dados pessoais e/ou e dos dados pessoais do(a) Utente que represento na qualidade de Responsável, constantes na presente ficha para fins de inscrição, admissão, gestão, prestação de serviços e integrar na sua base de dados ou outras finalidades permitidas por lei e, quando necessário, colocar essa informação à disposição de terceiros, prestadores de serviços, organismos públicos e quaisquer outras entidades, nos termos legais.

Mais declaro que fui informado que os dados pessoais serão conservados apenas pelo período estritamente necessário para a realização das referidas finalidades, findo o qual serão definitivamente eliminados e poderei a qualquer momento, querendo, solicitar através do endereço de correio eletrónico epd.protecaodados@cspcr.com, para informação e acesso aos meus dados pessoais; à sua retificação ou atualização; ao apagamento/esquecimento; a limitação; o direito de se opor ao tratamento bem como do direito à portabilidade de dados ou retirar o presente consentimento e apresentar reclamação junto da Autoridade de controlo competente: Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPd) - Av. D. Carlos I, 134 - 1.º 1200-651 Lisboa - Tel: +351 213928400 - Fax: +351 213976832 – e-mail: geral@cnpd.pt ou www.cnpd.pt

Declaro ainda assumir inteira responsabilidade pela veracidade e autenticidade dos dados fornecidos e pela atualização dos mesmos, sempre que se justifique.

Para mais informações, consulte a nossa Política de Privacidade disponível em www.cspcr.com

_____/_____/20____

Assinatura do Idoso/Responsável

_____/_____/20____

Assinatura do Funcionário

É indispensável a renovação anual da inscrição, caso não se tenha verificado a admissão e se mantenha o interesse em continuar em lista de espera.

É obrigatório o preenchimento completo desta ficha, sob pena de anulação da mesma.