

INSCRIÇÃO NA OFICINA DA CRIANÇA
(Inscrição renovável em todos os períodos um mês antes)

| | |
|-------------------|--|
| Registo n.º: | |
| Processo n.º: | |
| Requerimento n.º: | |
| Registado em: | |

Exmo(a). Senhor(a)
Presidente da Câmara Municipal de Borba

REQUERENTE (MENOR)

| | | | |
|---|--|--|-------------------------------------|
| Nome/Denominação: * | | | |
| Domicílio/Sede: * | | | |
| | N.º: | Lote/Andar: | |
| Código Postal: * | Localidade: * | | |
| NIF/NIPC: * | | | |
| Tipo de Documento de Identificação: | <input type="checkbox"/> Bilhete de Identidade | <input type="checkbox"/> Cartão de Cidadão | <input type="checkbox"/> Passaporte |
| N.º: | Válido até: | | |
| Certidão Comercial Permanente (Código): | | | |
| Contacto Telefónico: | | | Fax: |
| E-mail: | | | |
| Qualidade de: | | | |

(Os campos assinalados com * são de preenchimento obrigatório)

REPRESENTANTE

| | | | |
|-------------------------------------|--|---|-------------------------------------|
| Nome/Denominação: | | | |
| Domicílio/Sede: | | | |
| | N.º: | Lote/Andar: | |
| Código Postal: | Localidade: | | |
| NIF/NIPC: | | | |
| Tipo de Documento de Identificação: | | | |
| N.º: | Válido até: | | |
| Procuração Online (Código): | | | |
| Contacto Telefónico: | | | Fax: |
| E-mail: | | | |
| Qualidade de: | <input type="checkbox"/> Representante Legal | <input type="checkbox"/> Gestor de Negócios | <input type="checkbox"/> Mandatário |
| | <input type="checkbox"/> Outra: | | |

NOTIFICAÇÕES

| | | | |
|--|---|-------------|--|
| Consinto que as notificações/comunicações sejam feitas via: (aplicável a pessoas singulares) | <input type="checkbox"/> Caixa Postal Eletrónica (ViaCTT) | | |
| | <input type="checkbox"/> Telefone | | |
| | <input type="checkbox"/> Fax | | |
| | <input type="checkbox"/> E-mail | | |
| As notificações/comunicações feitas por via postal deverão ser enviadas preferencialmente para a seguinte morada: | <input type="checkbox"/> Requerente | | |
| | <input type="checkbox"/> Representante | | |
| | <input type="checkbox"/> Outra morada (por favor, indique): | | |
| Domicílio/Sede: | | | |
| | N.º: | Lote/Andar: | |
| Código Postal: | Localidade: | | |

PEDIDO

Vem requerer a V. Ex^a, ao abrigo do Regulamento Municipal da Oficina da Criança, a inscrição na Oficina da Criança nos seguintes períodos:

- Período letivo
- Período não letivo:
- Natal
 - Término do Semestre
 - Carnaval
 - Páscoa
 - Verão - Junho Julho Agosto Setembro

Com Almoço:

- As senhas serão adquiridas na véspera (tipo pré-pago);
- Em agosto não há almoços.

Sim Não

DADOS ADICIONAIS:

Data de Nascimento:

Ano de escolaridade:

- Idade de três anos – sem frequência de pré-escolar
- Frequência do pré-escolar
- Frequência do pré-escolar a transitar para o 1º ciclo de escolaridade
- Frequência do 1º ciclo de escolaridade ano de escolaridade:
- Frequência do 2º ciclo de escolaridade ano de escolaridade:

Autoriza o menor a sair sozinho do espaço da oficina da criança? Sim Não

Quais as pessoas a quem se pode confiar a criança?

| | | | |
|-------|----------------------|-----------|----------------------|
| Nome: | <input type="text"/> | Telefone: | <input type="text"/> |
| Nome: | <input type="text"/> | Telefone: | <input type="text"/> |
| Nome: | <input type="text"/> | Telefone: | <input type="text"/> |

Contatos em caso de necessidade:

| | | | |
|-------|----------------------|-----------|----------------------|
| Nome: | <input type="text"/> | Telefone: | <input type="text"/> |
| Nome: | <input type="text"/> | Telefone: | <input type="text"/> |

SAÚDE:

N.º do Cartão de Utente / Beneficiário:

Subsistema de Saúde / Seguradora:

Problemas específicos de saúde? Sim Não

Quais?

Grupo Sanguíneo:

Alergias:

NECESSIDADES EDUCATIVAS ESPECIAIS:

O menor tem necessidades educativas especiais? Sim Não

Quais?

Tem relatórios comprovativos dessa situação?

(Em caso afirmativo deverão ser juntos ao presente pedido)

Sim Não

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

1. Os dados pessoais recolhidos neste pedido são necessários, única e exclusivamente, para dar cumprimento ao disposto no artigo 102.º do Código do Procedimento Administrativo (CPA), no artigo 17.º do Decreto-Lei n.º 135/99, de 22 de abril e/ou ao previsto na legislação específica aplicável ao pedido formulado.

2. O tratamento dos dados referidos no ponto 1 por parte do Município respeitará a legislação em vigor em matéria de proteção de dados pessoais e será realizado com base seguintes condições:

Responsável pelo tratamento - Município de Borba;

Finalidade do tratamento - Cumprimento de uma obrigação jurídica (CPA e/ou de legislação específica aplicável ao pedido formulado) ou necessário ao exercício de funções de interesse público;

Destinatário(s) dos dados - Serviço municipal com competência para analisar ou intervir no pedido, de acordo com a orgânica municipal em vigor;

Conservação dos dados pessoais - Prazo definido na legislação aplicável ao pedido.

3. Para mais informações sobre as práticas de privacidade do Município consulte o nosso site em www.cm-borba.pt ou envie um e-mail para epd@cm-borba.pt.

4. Os documentos apresentados no âmbito do presente pedido são documentos administrativos, pelo que o acesso aos mesmos se fará em respeito pelo regime de acesso à informação administrativa e ambiental e reutilização dos documentos administrativos (Lei n.º 26/2016, de 22 de agosto).

Tomei conhecimento e li o ANEXO 1 referente ao aviso de Privacidade dos dados pessoais (<https://www.cm-borba.pt/servicos/protecao-de-dados-pessoais/aviso-de-privacidade/>)

Assinatura: _____

OUTRAS DECLARAÇÕES

* O(A) subscritor(a), 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,
Borba, ____/____/____

O(A) Requerente / O(A) Representante

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

Conferi a identificação do(a) Requerente/Representante através dos documentos de identificação exibidos.

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

O(A) Funcionário(a)

| | | |
|--|---------------------|----------------|
| Responsável pela Direção do Procedimento: | | |
| Contacto Telefónico | + (351) 268 891 630 | E-mail: |
| Gestor(a) do Procedimento: | | |
| Contacto Telefónico | + (351) 268 891 630 | E-mail: |

FUNDAMENTAÇÃO DA NÃO APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



DOCUMENTOS A APRESENTAR / ENTREGAR

- Requerente – Apresentar Documento(s) comprovativo(s) da legitimidade;
- Representante – Apresentar Documento(s) comprovativo(s) da qualidade de representante;
- Relatório(s) comprovativo(s) da(s) necessidade(s) educativa(s) especial(ais).
- Outro(s):