



CÂMARA MUNICIPAL

Registo n.º _____

Data ____/____/____

O Funcionário _____

UNIDADE DE SAÚDE+

Exmo. Senhor

Presidente da Câmara Municipal de Cascais

Nome _____

Data de Nascimento ____/____/____ NIF _____ NISS _____

Morada: _____

Código postal ____/____ Localidade _____

Tel./Tlm.: _____ E-mail _____

Autorizo que todas as notificações e informações referentes a este processo sejam efetuadas através de correio eletrónico para o endereço acima indicado SIM ☐ NÃO ☐

Autorizo a utilização dos meus contactos, para divulgação de outras iniciativas da CMC/Divisão de Promoção de Saúde e Bem Estar
SIM ☐ NÃO ☐

Sinalize a freguesia

- ☐ União Freguesias Cascais e Estoril ☐ Alcabideche
☐ União Freguesias Carcavelos e Parede ☐ São Domingos de Rana

Sinalize quem está a fazer o pedido

- ☐ Próprio ☐ Encarregado de Educação
☐ Escola Qual _____
☐ Instituição Qual _____
☐ Outro(s) Qual _____

Sinalize qual é a sua necessidade de apoio**

- ☐ Psiquiatria do Adulto
- ☐ Psicomotricidade *
- ☐ Psicologia Clínica
- ☐ Psicologia Educacional e do Desenvolvimento
- ☐ Terapia da Fala *
- ☐ Terapia Ocupacional *
- ☐ Terapia Familiar
- ☐ Nutrição

* Necessidade de apresentação de declaração médica

Pede Deferimento,

Cascais, ____ de _____ de _____

O Requerente,

Documentos a anexar (por cada elemento do agregado familiar):

- ☐ Fotocópia do BI/Cartão de cidadão

(☐ *Autorizo*/ ☐ *Não Autorizo* fotocópia do Documento de Identificação de acordo com Lei n.º7/2007 de 05

Fevereiro, Artº 5, al. 2.)

- ☐ Declaração médica / relatório / avaliação

Os dados pessoais, supra, são recolhidos e processados pelo Município de Cascais para as finalidades expressas no presente requerimento. Para efeitos de rastreabilidade e arquivo, os dados serão mantidos durante a sua permanência no programa e por um período de 2 anos a contar da data de término do seu acompanhamento, sendo que, a qualquer momento, poderá exercer o direito de solicitação de acesso, retificação, portabilidade, eliminação e retirada de consentimento, sem comprometer a licitude do tratamento efetuado com base no consentimento previamente dado. Para qualquer assunto relacionado com a privacidade dos seus dados, poderá contactar o encarregado de proteção de dados através do e-mail atendimento.municipal@cm-cascais.pt ou do telefone 800203186. Poderá, ainda, apresentar reclamação a uma autoridade de controlo, nomeadamente à Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPD) (<https://www.cnpd.pt>). Para informações adicionais, por favor consulte a política de privacidade e segurança publicada em <https://www.cascais.pt/politica-de-privacidade-e-tratamento-de-dados-pessoais>

☐ Dou o meu consentimento ao Município de Cascais, para tratamento dos meus dados pessoais nos termos e Política de Privacidade acima referidos, que li e aceito.