



PO APMC
PROGRAMA OPERACIONAL DE
APOIO ÀS PESSOAS MAIS CARENCIADAS



DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

beneficiário/a), titular do BI/CC n.º _____, nome _____ do _____ / _____ emitido em _____ / _____ pelo serviço de identificação de _____ (serviço).
Representado/a neste ato por _____
(representante do/a beneficiário/a), na qualidade de _____ (tutor/a curador/a), titular do BI/CC n.º _____, emitido em _____ / _____ / _____ pelo serviço de identificação de _____ (serviço).

Declara, de forma livre, esclarecida, específica e inequívoca que:

- É minha vontade receber alimentos e autorizo a entidade mediadora, a fornecer os meus dados e do meu agregado familiar aos serviços de atendimento e acompanhamento social do sistema da Segurança Social, bem como o respetivo tratamento em ficheiros de dados pessoais informatizados ou manuais.
- Não é minha vontade receber alimentos e que não autorizo a entidade mediadora, a fornecer os meus dados e do meu agregado familiar aos serviços de atendimento e acompanhamento social do sistema da Segurança Social, bem como não autorizo o respetivo tratamento em ficheiros de dados pessoais informatizados ou manuais.

Declara, ainda, para os devidos efeitos, ter sido devidamente informado/a de todas as obrigações e responsabilidades inerentes à autorização proferida.

Local _____, Data _____ / _____ / _____

Assinatura do/a beneficiário/a / representante do agregado familiar:

Assinatura do/a Técnico/a Gestor/a:

IM-105.2

Praça do Doutor José Vieira de Carvalho • 4474-006 Maia

Tel. 229 408 600 • Fax 229 412 047

dds@cm-maia.pt • www.cm-maia.pt

