

CENTRO DE DIA CENTRO CONVÍVIO
 ERPI SAD

A preencher pelos Serviços Administrativos:

Data de Inscrição: _____
Nº de Inscrição: _____
Data de Admissão: _____
Data de Cessação: _____

Dados de Identificação:

Nome: _____
Data de Nascimento: _____ Idade: _____
Morada: _____
Código Postal: _____ - _____ Localidade: _____
Profissão Anterior: _____ Habilitações: _____ Estado Civil: _____
N.º CC: _____ NIF: _____ NISS: _____ N.º Utente: _____

Identificação Médico Assistente: _____

Identificação ULS: _____

Familiar (es) Responsável:

Nome: _____
Profissão: _____ Local de trabalho: _____
Morada: _____
Código Postal: _____ - _____ NIF: _____ N.º CC: _____
Telefone: _____ Telemóvel: _____ Email: _____

Idoso necessita de algum apoio especial:

Necessidades de apoio especial

- Sim
 Não

Especifique: _____

Priorização:

De acordo com o Artigo 8.º - Condições e Critérios de admissão para vagas com acordo com o Instituto de Segurança Social, do R.I.:

- a) Idade igual ou superior a 65 anos;
 b) Risco de isolamento social;
 c) Ausência ou indisponibilidade da família ou outras pessoas em assegurar cuidados básicos;
 d) Residência próxima do estabelecimento ou residente na rota do serviço;
 e) Utentes ou familiares de utentes da instituição;
 f) Familiares de colaboradores;
 g) Data de inscrição;
 h) Outros.

Proteção e Tratamento de Dados:

- a) Declaro, para o efeito previsto no art.º 13.º do Regulamento Geral de Proteção de Dados, Regulamento (EU) 2016/679, prestar o meu consentimento, de forma livre, específica, informada e inequívoca, para o tratamento dos dados por mim fornecidos ao Centro Cultural e Social de Santo Adrião, nesta inscrição; **Sim**
- b) A assinatura da presente ficha de inscrição implica o conhecimento e concordância prévia com as normas e regulamento interno da Instituição; **Sim**
- c) Autorizo a recolha e tratamento de imagem (fotografia e vídeo); **Sim** **Não**

