



S. João da Madeira
Câmara Municipal

NIPG: _____

Data: ____ / ____ / ____

Funcionário: _____

Ao Presidente da Câmara Municipal de S. João da Madeira

Assunto: Requisição de Máscaras (COVID-19)

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

Nome _____

Morada _____ CP _____ / _____

NIF _____ Tel _____ E-mail _____

Autorizo ser notificado(a) para o e-mail indicado

PRETENSÃO

Solicita-se a requisição de _____ (a) máscaras de proteção (COVID-19), uma vez que o agregado familiar residente na Rua _____, com o nº _____, andar _____, consta de _____ (b) pessoas.

Para tal, anexa-se o respetivo comprovativo de IRS.

(a) Número de máscaras ; (b) Número de pessoas

Observações:

DOCUMENTOS A ANEXAR

- [GR_010] - Bilhete de Identidade/Cartão do Cidadão
- [GR_017] – Comprovativo número de contribuinte (NIF)
- [GR_067] – Declaração anual de IRS

Toma conhecimento:

1.O Município de S. João da Madeira utiliza os dados pessoais constantes neste formulário, para dar resposta aos seus pedidos bem como à instrução do respetivo processo. Os dados pessoais poderão ainda servir para prestar informações sobre assuntos da cidade, fins estatísticos e/ou realização de estudos.
2.O uso da informação é efetuado no cumprimento da legislação aplicável, de forma a ser assegurada a confidencialidade e segurança dos dados pessoais fornecidos. A entidade responsável pela recolha e tratamento de dados pessoais é a Câmara Municipal de S. João da Madeira.
3. Para mais informações sobre as práticas de privacidade, consulte o nosso site em www.cm-sjm.pt/politica-de-privacidade ou envie um e-mail para rgpd@cm-sjm.pt.

São João da Madeira, ____ de _____ de _____