



MUNICÍPIO DE OLIVEIRA DO HOSPITAL

SERVIÇO DE FORNECIMENTO DE REFEIÇÕES AUXÍLIOS ECONÓMICOS

FICHA DE INSCRIÇÃO



Ano Letivo

20__ / 20__

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE ENSINO

Escola: _____

IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO

Nome: _____

NIF: _____

Morada: _____

Código Postal: _____

Data de Nascimento: _____

Ano Escolar que vai frequentar: _____

IDENTIFICAÇÃO DO ENCARREGADO DE EDUCAÇÃO

Nome: _____

NIF: _____

Morada: * caso seja diferente do aluno _____

Código Postal: _____

Telémovel: _____

E-mail: _____

AUXÍLIOS PRETENDIDOS

Material Escolar

Outros Auxílios

ALMOÇO

Se assinalou com X o almoço, onde pretende almoçar : _____

SISTEMA DE ENVIO DE NOTIFICAÇÕES

SMS

N.º Telemóvel: _____

Poderá descarregar a Aplicação Smartphone (Siga 2E) e receber as notificações através da aplicação.

DOCUMENTOS A ENTREGAR NO ATO DA INSCRIÇÃO

Cópia da declaração comprovativa do Escalão de Abono de Família atuali

Declaração do Instituto de Emprego comprovativa da situação de desemprego e do valor do subsídio mensal (se aplicável)

TERMO DE RESPONSABILIDADE

O município de Oliveira do Hospital cumpre integralmente o RGPD, regulamento geral de proteção de dados no que concerne à recolha e tratamento dos mesmos. Os dados pessoais recolhidos serão utilizados apenas para a tramitação do presente procedimento.

Data: ___/___/_____

O Encarregado de Educação, _____

A PREENCHER PELOS SERVIÇOS

Recebido em: ___/___/_____

O(a) Funcionário(a), _____