



## Município de Oliveira do Hospital

### Programa Municipal de Incentivo à Natalidade - Candidatura

Registo n.º:		
Processo n.º:		Exmo(a). Senhor(a)
Registado em:		Presidente da Câmara Municipal de Oliveira do Hospital

#### REQUERENTE

Nome/Denominação:*			
Domicílio/Sede:*		N.º:	Lote/Andar:
Código Postal:		Localidade:*	
NIF/NIPC:*			
Tipo de Documento de Identificação:		N.º:	
Válido até:			
Código de Acesso à Certidão Comercial Permanente:			
Contacto Telefónico:		Fax:	
E-mail:			
Na qualidade de:			

(Os campos assinalados com \* são de preenchimento obrigatório)

#### REPRESENTANTE

Nome/Denominação:			
Domicílio/Sede:		N.º:	Lote/Andar:
Código Postal:		Localidade:	
NIF/NIPC:			
Tipo de Documento de Identificação:			
N.º:		Válido até:	
Código de Consulta da Procuração Online:			
Contacto Telefónico:		Fax:	
E-mail:			
Qualidade de:	<input type="checkbox"/> Representante Legal	<input type="checkbox"/> Gestor de Negócios	<input type="checkbox"/> Mandatário
	<input type="checkbox"/> Outra:		



## Município de Oliveira do Hospital

### NOTIFICAÇÕES

<b>Consinto</b> que as notificações/ comunicações sejam feitas via: (aplicável a pessoas singulares)	<input type="checkbox"/> Caixa Postal Eletrónica (ViaCTT) <input type="checkbox"/> Telefone <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> E-mail
As notificações/ comunicações feitas por <b>via postal</b> deverão ser enviadas preferencialmente para a seguinte morada:	<input type="checkbox"/> Requerente <input type="checkbox"/> Representante <input type="checkbox"/> Outra morada (por favor, indique):
Domicílio/Sede: <input type="text"/>	N.º: <input type="text"/> Lote/Andar: <input type="text"/>
Código Postal: <input type="text"/>	Localidade: <input type="text"/>

### PEDIDO

Vem requerer a concessão do incentivo à natalidade, nas seguintes condições:

#### Identificação da criança:

Nome: <input type="text"/>	
Data de Nascimento: <input type="text"/>	
Tipo de Documento de Identificação: <input type="text"/>	N.º: <input type="text"/>
Válido até: <input type="text"/>	NIF: <input type="text"/>
Domicílio: <input type="text"/>	N.º: <input type="text"/> Lote/Andar: <input type="text"/>
Código Postal: <input type="text"/>	Localidade: <input type="text"/>

\*  Nos termos e para os efeitos do disposto na alínea d) do artigo 6.º do Regulamento do Programa Municipal de Incentivo à Natalidade declara, sob compromisso de honra, que a criança para a qual vem requerer o Incentivo à Natalidade reside efetivamente com o/s progenitor/es.

### INFORMAÇÕES ADICIONAIS

- Os dados pessoais recolhidos neste pedido são necessários, única e exclusivamente, para dar cumprimento ao disposto no artigo 102.º do Código do Procedimento Administrativo (CPA), no artigo 17.º do Decreto-Lei n.º 135/99, de 22 de abril e/ou ao previsto na legislação específica aplicável ao pedido formulado.
- O tratamento dos dados referidos no ponto 1 por parte do Município de Oliveira do Hospital respeitará a legislação em vigor em matéria de proteção de dados pessoais e será realizado com base nas seguintes condições:
  - Responsável pelo tratamento** - Município de Oliveira do Hospital;
  - Finalidade do tratamento** - Cumprimento de uma obrigação jurídica (CPA e/ou de legislação específica aplicável ao pedido formulado) ou necessário ao exercício de funções de interesse público;
  - Destinatário(s) dos dados** - Serviço municipal com competência para analisar ou intervir no pedido, de acordo com a orgânica municipal em vigor;
  - Conservação dos dados pessoais** - Prazo definido na legislação aplicável ao pedido;
- Para mais informações sobre as práticas de privacidade do Município consulte o nosso site em <https://www.cm-oliveiradohospital.pt/> ou envie um e-mail para [dpo@cm-oliveiradohospital.pt](mailto:dpo@cm-oliveiradohospital.pt).
- Os documentos apresentados no âmbito do presente pedido são documentos administrativos, pelo que o acesso aos mesmos se fará em respeito pelo regime de acesso à informação administrativa e ambiental e reutilização dos documentos administrativos (Lei n.º 26/2016, de 22 de agosto).



### OUTRAS DECLARAÇÕES

\*  O(A) subscritor(a), sob compromisso de honra e consciente de incorrer em eventual responsabilidade penal caso preste falsas declarações, declara que os dados constantes do presente requerimento correspondem à verdade.

Pede deferimento,

Oliveira do Hospital,

O (A) Requerente /  O (A) Representante

(Assinatura do(a) requerente ou de outrem a seu rogo, se o(a) mesmo(a) não souber ou não puder assinar)

Conferi a identificação do(a) Requerente/ Representante através dos documentos de identificação exibidos.

Validei a conformidade da assinatura de acordo com o documento exibido.

O (A) Funcionário(a)

**Responsável pela Direção do Procedimento:** Jorge Tiago Almeida Carvalho

**Contacto Telefónico:** 238605250

**E-mail:** jorge.carvalho@cm-oliveiradohospital.pt

**Gestor(a) do Procedimento:** Jorge Tiago Almeida Carvalho

**Contacto Telefónico:** 238605250

**E-mail:** jorge.carvalho@cm-oliveiradohospital.pt



### FUNDAMENTAÇÃO DA NÃO APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

--

### DOCUMENTOS A APRESENTAR

<input type="checkbox"/> Requerente - Documento(s) comprovativo(s) da legitimidade
<input type="checkbox"/> Representante - Documento(s) comprovativo(s) da qualidade de representante
<input type="checkbox"/> Declaração de Situação Tributária ou Consentimento de consulta da situação tributária
<input type="checkbox"/> Certidão de nascimento
<input type="checkbox"/> Documento comprovativo do International Bank Account Number (IBAN)
<input type="checkbox"/> Outros: <input style="width: 600px;" type="text"/>