

**REGISTO DE ENTRADA**

Nº _____
Em, _____
O funcionário, _____

Formulário de Candidatura – APOIO COMPLEMENTAR NA AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Exmo. Senhor,
Presidente da Junta de Freguesia de Alcabideche

REQUERENTE

Nome: _____

NIF: _____ C.C / B.I: _____

Morada: _____

Localidade: _____ C. Postal: _____

Telemóvel _____ Email: _____

CARACTERIZAÇÃO AGREGADO FAMILIAR

	NOME	PARENTESCO	DATA NASC.	PROFISSÃO
1		Titular		
2				
3				
4				
5				
6				
7				

REPRESENTANTE

Nome: _____

NIF: _____ C.C/B.I: _____

Telemóvel _____ Email: _____



DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO

Eu, _____ portador do documento de identificação civil nº _____, valido até ____/____/_____, residente em _____ declaro, sob compromisso de honra, assumir inteira responsabilidade pela exatidão das informações prestadas, ficando a Junta de Freguesia de Alcabideche autorizada a realizar todas as diligências que julgue necessárias para averiguar a veracidade e autenticidade dos documentos comprovativos que anexo à presente candidatura.

O requerente,

Alcabideche, ____ de _____ de 2023

Anexos à candidatura:

- Bilhete de Identidade/Cartão de Cidadão ou Autorização de Residência e Cartão de Contribuinte de todas as pessoas do agregado familiar;
- Documento emitido pela Segurança Social, onde conste o número de identificação da Segurança Social (NISS) todas as pessoas do agregado familiar;
- Cartão do Sistema Nacional de Saúde e do subsistema de saúde, caso se aplique (ADSE, SAMS e outros), de todos os elementos do agregado familiar;
- Fotocópia dos recibos de pensões / comprovativo de prestações sociais do ano em que se candidata, de todos os elementos do agregado familiar que delas usufruam;
- Fotocópia dos recibos de vencimento, das pessoas do agregado familiar que exerçam atividade profissional remunerada, relativos aos três meses anteriores à data da presente candidatura;
- Fotocópia da Declaração de IRS e Nota de Liquidação, se não estiver legalmente dispensada;
- Fotocópia dos comprovativos das despesas mensais (renda, água, luz, gás, televisão, telecomunicações, outros) relativos ao mês anterior à candidatura;
- Declaração médica, do ano civil em que realiza a candidatura que ateste a situação de doença crónica, com referência à medicação de uso continuado.

O/A candidato/a declara, ainda, ter conhecimento do disposto do Regulamento de Apoio Complementar para a Aquisição de Medicamentos, ou seja, da obrigatoriedade de informar sempre que se verificarem alterações das condições económicas do seu agregado familiar, alteração de residência, e, sempre que se verifique qualquer situação anómala.

Mais declara que as informações prestadas correspondem à verdade e não omitem qualquer informação relevante e assim vem requerer a V. Ex^ªa, a admissão ao programa de aquisição de medicamentos.

Pede deferimento,
