

LAR DE SÃO PEDRO

FICHA DE INSCRIÇÃO

A PREENCHER PELOS SERVIÇOS

APRESENTAÇÃO:

DECISÃO:

ADMISSÃO:

[PREENCHER, COM LETRA MAIÚSCULA, OU ASSINALAR, CONSOANTE O CASO]

1. CANDIDATO

NOME _____
DATA NASCIMENTO _____ ESTADO CIVIL _____ GÉNERO M F
BI/CC (N.º; DATA EMISSÃO/VALIDADE) _____ NIF _____ NISS _____
N.º UTENTE SNS _____ SUBSISTEMA/SEGURO SAÚDE; N.º BENEFICIÁRIO/APÓLICE _____
MORADA _____
EMAIL _____ TLF _____ TLM _____

2. REGIME DE ACOLHIMENTO

PERMANENTE

TEMPORÁRIO

DURAÇÃO: _____ A _____

3. AUTONOMIA

SIM (INDEPENDÊNCIA/DEPENDÊNCIA LIGEIRA)

NÃO

4. FREQUÊNCIA DO EQUIPAMENTO POR FAMILIAR

SIM * NÃO

* NOME _____

RELAÇÃO _____

5. FREQUÊNCIA DE OUTRO EQUIPAMENTO DA FUNDAÇÃO SOPHIA (CANDIDATO)

SIM * NÃO

* QUAL _____

6. MOTIVAÇÃO DO PEDIDO DE ADMISSÃO

7. REPRESENTANTE(S) FAMILIAR(ES)/ OUTROS RESPONSÁVEIS

1.º REPRESENTANTE FAMILIAR OUTRO RESPONSÁVEL RELACÃO FAMILIAR /OUTRA _____

NOME _____

DATA NASCIMENTO _____ ESTADO CIVIL _____

BI/CC (N.º; DATA EMISSÃO/VALIDADE) _____ NIF _____

MORADA _____

EMAIL _____ TLF _____ TLM _____

2.º REPRESENTANTE FAMILIAR OUTRO RESPONSÁVEL RELAÇÃO FAMILIAR /OUTRA _____

NOME _____

DATA NASCIMENTO _____ ESTADO CIVIL _____

BI/CC (N.º; DATA EMISSÃO/VALIDADE) _____ NIF _____

MORADA _____

EMAIL _____ TLF _____ TLM _____

8. OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES

9. DECLARAÇÕES OBRIGATÓRIAS

O CANDIDATO E OS REPRESENTANTES FAMILIARES/OUTROS RESPONSÁVEIS DECLARAM, COM VERDADE E RIGOR:

- NÃO PADECER O CANDIDATO DE QUADRO CLÍNICO INCOMPATÍVEL COM O ACOLHIMENTO, A NORMAL VIVÊNCIA NO LAR OU O REGULAR FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS
- CONHECER A POLÍTICA DE TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS DA **FUNDAÇÃO SOPHIA** E, NOMEADAMENTE, QUE O TRATAMENTO DOS RESPECTIVOS DADOS, AÍ INCLUÍDA A SUA PARTILHA, É NECESSÁRIO, ENTRE OUTROS, À FORMAÇÃO E GESTÃO DO CONTRATO DE ACOLHIMENTO, À PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS E AO CUMPRIMENTO DE OBRIGAÇÕES LEGAIS E CONTRATUAIS

10. DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS ANEXOS (CÓPIAS)

- CARTÃO DE CIDADÃO* DO CANDIDATO E DOS REPRESENTANTES FAMILIARES/OUTROS RESPONSÁVEIS OU BILHETE DE IDENTIDADE*, CARTÃO DE CONTRIBUINTE E, NO CASO DO CANDIDATO, DE BENEFICIÁRIO DA SEGURANÇA SOCIAL E DE UTENTE DO SNS
- * CASO O TITULAR NÃO CONSINTA NA REPRODUÇÃO DO DOCUMENTO, DEVE O MESMO SER EXIBIDO PARA RECOLHA DOS DADOS PERTINENTES
- CARTÃO DE BENEFICIÁRIO DE SUBSISTEMA OU SEGURO DE SAÚDE (CASO INDICADO)
- COMPROVATIVO DAS MORADAS DE RESIDÊNCIA DO CANDIDATO E DOS REPRESENTANTES FAMILIARES/ OUTROS RESPONSÁVEIS
- RELATÓRIO MÉDICO DESCRITIVO DO QUADRO CLÍNICO E CERTIFICADOS DE VACINAÇÃO DO CANDIDATO
- DOCUMENTAÇÃO SOBRE A SITUAÇÃO PATRIMONIAL, RENDIMENTOS E DESPESAS MENSAS FIXAS DO CANDIDATO E, SENDO O CASO, DOS REPRESENTANTES FAMILIARES/ OUTROS RESPONSÁVEIS

11. CONSENTIMENTOS

TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS PARA FINS DE DIVULGAÇÃO E PROMOÇÃO DE SERVIÇOS, ACTIVIDADES, EVENTOS E NOTÍCIAS

CANDIDATO:

SIM NÃO

1.º REPRESENTANTE/RESPONSÁVEL:

SIM NÃO

2.º REPRESENTANTE/RESPONSÁVEL:

SIM NÃO

[DATA] ____ DE _____ DE _____

[ASSINATURAS] CANDIDATO: _____

REPRESENTANTES FAMILIARES/ _____

OUTROS RESPONSÁVEIS: _____