

CARTÃO ABEM - REDE SOLIDÁRIA DO MEDICAMENTO

Despacho

Registo de Entrada

NIPG:

Data:

Processo n.º:

O Funcionário

.....

A Identificação

01 Nome / Entidade:

02 Morada / Sede:

03 Freguesia: 04 Código Postal:

05 NIF / NIPC: 06 N.º de Identificação Civil: 07 Validade:

08 Telefone: 09 Telemóvel: 10 Fax:

09 Email:

10 Solicito o envio de notificações, no decorrer deste processo, para o endereço eletrónico indicado.

11 Ocupação

Empregado Profissão:

Desempregado Estudante Aposentado

B Composição do Agregado Familiar

01 Nome:

02 Grau de Parentesco:

03 Nome:

04 Grau de Parentesco:

05 Nome:

06 Grau de Parentesco:

07 Nome:

08 Grau de Parentesco:

09 Nome:

10 Grau de Parentesco:

11 Nome:

12 Grau de Parentesco:

13 Nome:

14 Grau de Parentesco:

15 Nome:

16 Grau de Parentesco:

17 Nome:

18 Grau de Parentesco:

C Exposição do Pedido

Vem requerer a V.ª Ex.ª a atribuição do:

01 Cartão ABEM - Rede Solidária do medicamento

D Informação / Consentimento

Tomei conhecimento das Normas de Atribuição do Cartão abem – Rede Solidária do Medicamento.

Consentimento informado de cedência e utilização de dados pessoais:

Autorizo que o Município de Odemira proceda à recolha e tratamento dos meus dados pessoais com a finalidade expressa neste formulário, em conformidade com o Regulamento Geral da Proteção de Dados (RGPD).

Autorizo que o Município de Odemira partilhe com a Associação DIGNITUDE os meus dados pessoais que são essenciais para a emissão do Cartão abem - Rede Solidária do Medicamento, obrigando-se esta a proceder em conformidade com o RGPD.

E Pedido de Deferimento

01 O Requerente : 02 Data:

assinatura

Declaro para os devidos e legais efeitos e sob compromisso de honra, que as declarações prestadas no âmbito da presente candidatura correspondem à verdade dos factos e que:

- Resido há mais de um ano no Concelho;
- Não usufruo, ou qualquer outro elemento do meu agregado familiar, de outros rendimentos para além dos declarados;
- Não possuo outro bem, prédio ou fração autónoma de prédio destinado à habitação, ou recebo rendimentos decorrentes da propriedade de quaisquer imóveis;
- E que me obrigo, por esta forma, a respeitar integralmente o exposto nas Normas de atribuição do Cartão Abem - Rede Solidária do Medicamento

F Documentação a Apresentar

01 Fotocópias do Bilhete de Identidade, Cartão de Contribuinte, Cartão de Eleitor ou Cartão de Cidadão de cada elemento do agregado familiar.

02 Atestado de residência e de composição do agregado familiar com discriminação dos graus de parentesco de acordo com o n.º 3 do Artigo 3.º.*

03 Documento comprovativo dos rendimentos do agregado familiar.

04 Em caso de ausência de rendimentos por parte de alguns dos elementos do agregado familiar, maior de idade, deverá ser feita prova da sua situação (subsídio de desemprego, frequência de ensino ou outra situação devidamente comprovada).

05 Declaração dos bens patrimoniais imóveis emitido pelo Serviço de Finanças.

06 Fotocópia da declaração do I.R.S. ou, no caso de isenção, Declaração da Repartição de Finanças em como se encontra isento de IRS, sempre referente ao agregado familiar.

* Agregado familiar – Agregado familiar: o conjunto de pessoas que vivam habitualmente em regime de comunhão de mesa e habitação.

Entidade Referenciadora:	Cód.:
N.º de Processo:	

1. Identificação Requerente/Beneficiário [1]

(nome completo) _____,

Ano de Nascimento: _____ género: Feminino Masculino

Freguesia de _____, Concelho de _____ Distrito de _____

BI/CC n.º _____, *NIF _____, *NISS _____

N.º Beneficiário *abem*: _____

2. Composição do Agregado Familiar

(nome Beneficiário [2]) _____,

Relação Familiar com o Requerente: _____ N.º *abem*: _____

Ano de Nascimento: _____ género: Feminino Masculino

BI/CC n.º _____, *NIF _____, *NISS _____

(nome Beneficiário [3]) _____,

Relação Familiar com o Requerente: _____ N.º *abem*: _____

Ano de Nascimento: _____ género: Feminino Masculino

BI/CC n.º _____, *NIF _____, *NISS _____

(nome Beneficiário [4]) _____,

Relação Familiar com o Requerente: _____ N.º *abem*: _____

Ano de Nascimento: _____ género: Feminino Masculino

BI/CC n.º _____, *NIF _____, *NISS _____

(* no caso de ausência do BI/CC, identificar NIF ou NISS)

3. Declarações, Data e Assinaturas

- a) Declaro ter sido informado(a) sobre a abrangência da Associação Dignitude e a metodologia e operacionalização do Programa *abem*: Rede Solidária do Medicamento.
- b) Autorizo o tratamento pela Associação Dignitude dos dados pessoais fornecidos, bem como informação recolhida junto de outras entidades, com vista à gestão da relação de beneficiário do Projeto *abem*: Rede Solidária do Medicamento, sendo tais dados pessoais conservados pelo período de 10 (dez) anos após o fim de adesão ao Programa *abem*.
- c) A Associação Dignitude, enquanto responsável pelo tratamento, garante-me o direito de informação acerca do tratamento dos meus dados pessoais e ainda o direito a requerer, quando assim entenda, o acesso, a retificação, o apagamento, a limitação ou oposição ao tratamento e a portabilidade dos dados de que seja titular, mediante comunicação escrita dirigida à Associação Dignitude (Rua Venâncio Rodrigues, 12, 3000-409 Coimbra), sem prejuízo do direito que me é conferido de apresentar reclamação junto da autoridade competente em matéria de proteção de dados.
- d) Autorizo os prestadores de cuidados de saúde a que recorra no âmbito do Projeto *abem*: Rede Solidária do Medicamento, a fornecer aos serviços da Associação Dignitude e a deles receber quaisquer informações relacionadas com os serviços prestados e abrangidos pelo segredo profissional, bem como o seu tratamento.
- e) Autorizo ainda que a informação respeitante ao extrato de benefícios, contendo informação relativa ao prestador, data da prescrição e dispensa de medicamentos, bem como o valor das despesas realizadas, seja prestada à Associação Dignitude.
- f) Sem prejuízo dos deveres e limites previstos nas leis de proteção de dados e concorrência, pode a Associação Dignitude facultar o acesso ou transmitir tais informações ou dados a pessoas, singulares ou coletivas, de direito público ou privado, que subcontrate para efeitos de colaboração na realização de estudos estatísticos, de inquéritos de mercado (como por exemplo entidades que enquadrem ou realizem, licitamente, ações de cooperação, de compilação de dados, de prevenção e combate à fraude, ou estudos estatísticos ou técnico-atuariais).
- g) Compreendo que a minha participação é inteiramente voluntária e que, se assim o entender, posso recusar responder a qualquer pergunta ou em qualquer momento posso recusar a minha participação no Programa *abem*: Rede Solidária do Medicamento, sem que isso prejudique os serviços que recebo de qualquer entidade com relações à Associação Dignitude.
- h) Fui ainda informado que tenho o direito de retirar o consentimento (terminando assim a adesão ao Programa *abem*: Rede Solidária do Medicamento) em qualquer altura, sem comprometer a licitude do tratamento efetuado com base no consentimento previamente dado.

_____, ___/___/___

(assinatura do requerente/beneficiário [1]) _____

(assinatura do beneficiário [2]) _____

(assinatura do beneficiário [3]) _____

(assinatura do beneficiário [4]) _____