



PROGRAMA DE APOIO FINANCEIRO A PARTICULARES - ELIMINAÇÃO OU ALTERAÇÃO DE DADOS

REG° SM _____

Exm° Sr. Presidente da Câmara Municipal de Sintra

(nome completo) _____,
 _____ Bilhete de Identidade / Cartão de Cidadão / Passaporte nº _____ de
 (data) _____ Arquivo Identificação _____ com morada na (Rua, Av.)
 _____ (n°/lote) _____, (andar) _____,
 (localidade) _____, (cód. postal) _____ - _____, Freguesia
 de _____, com o telefone nº _____,
 telemóvel nº _____ fax nº _____ e-mail _____, inscrito
 no Programa de Apoio Financeiro a Particulares, vem solicitar a V. Exa., ao abrigo do direito de acesso, constante
 do artº 11º da Lei 67/98 de 26 de outubro (escolher opção):

☐ - A eliminação do seu nome e dados do Ficheiro Manual do Programa de Apoio Financeiro a Particulares;

☐ - A alteração dos seguintes dados:

Onde se refere: _____

Deve constar: _____

Onde se refere: _____

Deve constar: _____

Onde se refere: _____

Deve constar: _____

Onde se refere: _____

Deve constar: _____

Autorizo que as notificações referentes a este pedido sejam efetuadas por Via Eletrónica para o endereço
 _____ @ _____

Sintra, _____ de _____ de 20____

O Requerente,

IMP.PS.01.003.01

	RECIBO DE ENTREGA	REG° SM _____
	ASSUNTO: PROGRAMA DE APOIO FINANCEIRO A PARTICULARES - ELIMINAÇÃO OU ALTERAÇÃO DE DADOS	
	Assinatura do Funcionário: _____	
	Categoria: _____ Data : ____/____/____	

Divisão de Saúde e Ação Social
 Rua.Dr. Álvaro de Vasconcelos, lote 2-1º Portela de Sintra - 2710-420 SINTRA
 Telefone : 21 923 60 19 / 21 923 60 21 / 24 / 08 Fax : 21 923 60 38 e-mail: dsas@cm-sintra.pt