



BANCO LOCAL DE VOLUNTARIADO DE SINTRA ELIMINAÇÃO OU ALTERAÇÃO DE DADOS

REG° SM _____

Exmº Sr. Presidente da Câmara Municipal de Sintra

(nome completo) _____,
 _____ BI / Cartão de Cidadão nº _____ de (data) _____ Arquivo
 Ident. _____ com morada na (Rua, Av.) _____
 (nº/ote) _____, (andar) _____, (localidade) _____, (cód.
 postal) _____ - _____, Freguesia de _____, com
 o telefone nº _____, telemóvel nº _____ fax nº _____ e-
 mail _____, inscrito no Banco Local de
 Voluntariado de Sintra, 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 Banco Local de Voluntariado de Sintra;

☐ - 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.01.009.03

	RECIBO DE ENTREGA	REG° SM _____
	ASSUNTO: BANCO LOCAL DE VOLUNTARIADO DE SINTRA - ELIMINAÇÃO OU ALTERAÇÃO DE DADOS	
	Assinatura do Funcionário: _____	
Categoria: _____		Data: ____/____/____

Departamento de Solidariedade e Inovação Social
 Divisão de Saúde e Ação Social - Banco Local de Voluntariado de Sintra
 Rua. Dr. Álvaro de Vasconcelos, nº 8-1º Portela de Sintra - 2710-420 SINTRA
 Telefone : 21 923 60 10 / 21 923 60 08 Fax : 21 923 60 38 e-mail: blvoluntariado@cm-sintra.pt