



DECLARAÇÃO

PROGRAMA DE APOIO ALIMENTAR

Eu, _____,
portador(a) do documento de identificação nº _____, para
efeitos de candidatura ao Programa de Apoio Alimentar, declaro por minha
honra, que aufero, mensalmente, o valor de _____ €.

Sintra, ____ de _____ de 20____

(assinatura)

IMP.PS.01.015.01

Notas:


- Os presentes dados irão ser objeto de tratamento através de ficheiro manual, tendo o titular dos dados o direito de informação nos termos do nº1 e 2 do artº 10º da Lei 67/98 de 26.10.1998, a qual transpõe para a ordem jurídica interna a Diretiva nº 95/46/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 24 de Outubro de 1995, relativa à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados - Lei da Proteção de Dados Pessoais.

Direito à Informação

- Responsável pelo tratamento → Presidente da Câmara
- Finalidades de tratamento → Tratamento do processo do candidato no âmbito da Divisão de Saúde e Ação Social.
- Destinatários ou categorias de destinatários dos dados → serviço municipal interventor no processo.
- As respostas aos dados integrantes no formulário são obrigatórias sob pena de indeferimento do pedido.
- Os dados disponibilizados podem ser, acedidos e alterados pelo requerente até despacho por parte do decisor político. Após esse momento qualquer alteração implica apresentação de novo pedido.

Base Legal:

Regulamento do Programa de Apoio Direito à Alimentação Município de Sintra, em vigor.

	RECIBO DE ENTREGA	REGº SM _____
	ASSUNTO: DECLARAÇÃO	
	Assinatura do Funcionário: _____	
	Categoria: _____ Data : ____/____/____	

Departamento de Solidariedade e Inovação Social
Divisão de Saúde e Ação Social
 Rua Dr. Álvaro de Vasconcelos, nº 8 – 1º, Portela de Sintra – 2710 - 420 SINTRA
 Telefone: 21 923 60 07 / 08 Fax: 21 923 60 38 e-mail: dsas@cm-sintra.pt