SERVIÇOS SOCIAIS DOS TRABALHADORES DA CÂMARA MUNICIPAL DE ÉVORA

FICHA DE INSCRIÇÃO

IDENTIFICAÇÃO	**RESERVADO / SERVIÇOS**
Nome _____ Morada _____ Localidade _____ Código Postal _____ Telef. _____ TM _____ Mail _____ Bilhete de Identidade nº _____ Contribuinte nº _____	Sócio nº _____ Aprovado em reunião de direcção de: _____/_____/_____ Assinaturas:
Situação: ☐ Trabalhador(a) da Câmara: Categoria profissional _____ Serviço _____ Vínculo _____ ☐ Cônjuge de trabalhador da Câmara (*) ☐ Cônjuge/Filho de trabalhador da Câmara já falecido (*) (*) Indicar o nome do Trabalhador _____	

Agregado familiar:

Nome	Parentesco	Data de Nascimento
_____	_____	_____/_____/_____
_____	_____	_____/_____/_____
_____	_____	_____/_____/_____

Assinalar com uma cruz a forma de pagamento pretendida:

☐ Declaro que autorizo o desconto da quota mensal (1% do meu vencimento) no recibo de vencimento.

☐ Pagarei a quota mensalmente nas instalações dos Serviços Sociais.

Para transferência bancária dos benefícios sociais (assinalar opção pretendida):

☐ Autorizo que os pagamentos de benefícios sociais me sejam feitos através do mesmo NIB que é utilizado para pagamento dos vencimentos.

☐ Solicito que o pagamento seja feito através de outro NIB que indico: ⇨

NIB - número de identificação bancária
☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐

Évora, _____ de _____ de 200___ Assinatura _____

Os dados deste quadro são de **PREENCIMENTO FACULTATIVO** e destinam-se a avaliar a necessidade de celebrar eventuais acordos, com entidades dos diversos sectores, com vista a apoios específicos.

Saúde: - Existência de doenças crónicas no agregado familiar ☐ Sim ☐ Não

- Situações de deficiência no agregado familiar: ☐ Visual; ☐ Auditiva; ☐ Motora; ☐ Mental

Educação: Assinale o nº de elementos do agregado familiar que frequentam os diversos níveis de ensino:

☐ Pré-escolar ☐ Básico ☐ Secundário ☐ Universitário

Bens móveis ou imóveis: nº de viaturas automóveis ☐ nº de casas ☐ com apólice de seguro.

Juntar os seguintes documentos: Fotocópia do BI dos membros do agregado familiar que possam ser beneficiários; Fotocópia do nº Contribuinte; Fotocópia do cartão de Saúde (ADSE ou outro); 1 Fotografia.