



UNIÃO DAS FREGUESIAS DE
**BACELO E
SENHORA
DA SAÚDE**

REQUERIMENTO DE ATESTADO

Conferi,

em / /

REGISTO N.º Taxa , €

Recebi,

em / /

REQUERENTE

Nome / Name

Nome do Pai / Father's Name

Nome da Mãe / Mother's Name

Natural de (Freguesia) / Born in (Parish)

Concelho / City Distrito / District

Nacionalidade / Nationality Data de Nascimento / Date of Birth / /

Profissão / Occupation Telefone / Phone Number

Estado Civil / Marital Status NIF / Taxpayer Identification Number

Documento de Identificação n.º Válido até / Valid Through / /

Tipo de Documento de Identificação: BI/CC Passaporte Autorização ou Título de Residência

Residente nesta freguesia há / Resident in this Parish for anos | meses / years | months

Morada / Address

Código Postal / Postal Code -

TIPO DE ATESTADO

Agregado Familiar Justificação Administrativa Prova de Vida Residência União de Facto

Outro: Para efeito de

CONSENTIMENTO | Revogável a todo o momento, mediante comunicação escrita dirigida a rgpd@uniaof-bacelosaude.pt

AUTORIZO, nos termos do previsto no RGPD - Regulamento Geral de Proteção de Dados, de forma livre, específica e informada, a recolha e tratamento dos meus dados pessoais, bem como a consulta do SIGRE, para os efeitos deste requerimento.

(Opcional) AUTORIZO que o Atestado seja entregue a

Évora, / / Assinatura do/a Requerente,

AVISO: AS FALSAS DECLARAÇÕES SÃO PUNIDAS NOS TERMOS DA LEI PENAL (Artigo 34.º, Decreto-Lei n.º 135/99)



REQUERIMENTO DE ATESTADO

AGREGADO FAMILIAR / Household

Nome Completo <i>Name</i>	Parentesco <i>Parentage</i>	Data Nascimento <i>Date of Birth</i>	N.º Doc. Identif. <i>Id. Card Number</i>	Estado Civil <i>Marital Status</i>

PROVA DE VIDA | A preencher pelos Serviços

Esteve perante mim no dia /..... /..... às : | *O/a Trabalhador/a*,

TESTEMUNHAS | A preencher por 2 eleitores desta União de Freguesias, na falta de comprovativo da morada do Requerente

DECLARO, por minha honra, que são verdadeiras as informações aqui prestadas pelo Requerente, por serem do meu conhecimento pessoal e AUTORIZO, nos termos do previsto no RGPD - Regulamento Geral de Proteção de Dados, de forma livre, específica e informada, a recolha e tratamento dos meus dados pessoais, bem como a consulta do SIGRE, para os efeitos deste requerimento.

(Consentimento revogável a todo o momento, mediante comunicação escrita dirigida ao email rgpd@uniaof-bacelosaude.pt)

1. Nome

Data de Nascimento /..... /..... Tipo de Documento de Identificação

n.º validade /..... /..... Morada

Évora, /..... /..... Assinatura da Testemunha,

2. Nome

Data de Nascimento /..... /..... Tipo de Documento de Identificação

n.º validade /..... /..... Morada

Évora, /..... /..... Assinatura da Testemunha,