|  |
| --- |
| **DADOS A PREENCHER PELOS SERVIÇOS** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Data de Inscrição: | -    - | N.º Entrada: |  |

|  |
| --- |
| **DADOS A PREENCHER PELO CANDIDATO** |

|  |  |
| --- | --- |
| **1** | **DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO AO APADRINHAMENTO CIVIL (ELEMENTO 1)** |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Nome completo: |
|  | Data de Nascimento:      -    -    Sexo:       Idade:       anos |
|  | Morada: |
|  | Código Postal:      -      Telefone Casa: |
|  | BI ou Cartão de Cidadão:       Telemóvel: |
|  | N.º de Identificação Fiscal:       E-mail: |
|  | N.º Identificação da Segurança Social:       Regime Segurança Social: |
|  | N.º Utente Saúde:       Subsistema Saúde: |
|  | Estado Civil:       Naturalidade: |
|  | Habilitações literárias: |
|  | Situação face ao emprego: |
|  | Local de trabalho:       Telefone: |

|  |  |
| --- | --- |
| **2** | **DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO AO APADRINHAMENTO CIVIL (ELEMENTO 2, se aplicável)** |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Nome completo: |
|  | Data de Nascimento:      -    -    Sexo:       Idade:       anos |
|  | Morada: |
|  | Código Postal:      -      Telefone Casa: |
|  | BI ou Cartão de Cidadão:       Telemóvel: |
|  | N.º de Identificação Fiscal:       E-mail: |
|  | N.º Identificação da Segurança Social:       Regime Segurança Social: |
|  | N.º Utente Saúde:       Subsistema Saúde: |
|  | Estado Civil:       Naturalidade: |
|  | Habilitações literárias: |
|  | Situação face ao emprego: |
|  | Local de trabalho:       Telefone: |

|  |  |
| --- | --- |
| **3** | **DADOS RELATIVOS AOS RESTANTES ELEMENTOS DO AGREGADO FAMILIAR** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nome completo** | **Parentesco face ao candidato** | **Data de Nascimento** | **Estado Civil** |
|  |  | -    - |  |
|  |  | -    - |  |
|  |  | -    - |  |
|  |  | -    - |  |
|  |  | -    - |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **4** | **MOTIVO DA CANDIDATURA** |

|  |
| --- |
| Fundamentação: |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **5** | **FORAM ENTREGUES TODOS OS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS?** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Sim Data da Entrega |
|  | Certidão de nascimento do candidato | -    - |
|  | Fotocópia do Bilhete de Identidade ou Cartão de Cidadão  (de cada um dos elementos do agregado familiar) | -    - |
|  | Fotocópia do Cartão de Contribuinte (de ambos os membros do casal, se aplicável) | -    - |
|  | Fotocópia da Certidão de casamento | -    - |
|  | Atestado da Junta de Freguesia, no caso de união de facto | -    - |
|  | Registo criminal de ambos os membros do casal, se aplicável | -    - |
|  | Declaração médica comprovativa do estado de saúde, de cada um dos elementos do agregado familiar | -    - |
|  | Fotocópia da última declaração do IRS entregue nas Finanças, referente ao ano transato  ou fotocópia do recibo do último vencimento | -    - |
|  | Fotografia do candidato e cônjuge | -    - |
|  | Fotocópia da sentença de regulação do poder paternal/responsabilidades parentais e certidões de nascimento dos filhos (quando aplicável) | -    - |

|  |  |
| --- | --- |
| **6** | **ASSINATURAS** |

|  |
| --- |
| **As declarações prestadas correspondem à verdade e não omitem qualquer informação relevante.** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Assinatura do(s) Candidato(s) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Data:      -    - |

|  |
| --- |
| Os dados constantes neste documento serão objeto de registo informático. Os interessados poderão aceder à informação e proceder à sua correção. As falsas declarações são punidas nos termos da Lei. |

|  |
| --- |
| **A PREENCHER PELOS SERVIÇOS** |

|  |
| --- |
| **Certificado de Entrega da Candidatura** |
| Certifica-se que,       e       residente(s) em       apresentou(aram) no       (serviço) candidatura ao processo de habilitação no âmbito do Apadrinhamento Civil, a qual foi registada com o n.º      , na data      -    -    . |
| Data:      -    -    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(Assinatura do técnico)* |