



FARMÁCIA ACESSÍVEL FORMULÁRIO DE CANDIDATURA

(nº _____ SM)

Exmo. Sr. Presidente da Câmara Municipal de Sintra

1. Identificação

(nome completo) _____,

Nascido em (data:) ____/____/____, estado civil: _____ género: – Masculino – Feminino

com morada na (Rua, Av.) _____

(nº/lote) _____, (andar) _____, (localidade) _____, (cód. postal) _____ - _____,

Freguesia de _____, com o telefone nº _____, telemóvel nº _____,

Cartão de Eleitor nº _____, Sistema de Saúde _____

Cartão de utente nº _____, Contribuinte. nº _____, Beneficiário da Segurança

Social nº _____, e-mail _____

com o (escolha opção):

Bilhete de Identidade nº _____ de ____/____/____ emitido pelo _____;

Cartão de Cidadão nº _____ válido até ____/____/____ e PIN de acesso aos dados do mesmo, caso exista _____;

Passaporte nº _____ de ____/____/____ emitido pelo _____;

Autorização de residência _____;

Outro Título que ateste a residência em território nacional de residência _____.

Tempo de residência no Concelho: _____

Vem requerer a V. Exa. a inscrição no **Programa de Regulamento Municipal da Farmácia Acessível**, apresentando a respetiva candidatura e fornecendo os elementos que se seguem para avaliação da situação.

2. Composição do Agregado Familiar

| | Identificação | Sexo | Data de nascimento | Relação familiar | Situação Laboral | Naturalidade | Nacionalidade |
|---|---------------|------|--------------------|------------------|------------------|--------------|---------------|
| A | Requerente | | | | | | |
| B | | | | | | | |
| C | | | | | | | |
| D | | | | | | | |
| E | | | | | | | |
| F | | | | | | | |
| G | | | | | | | |
| H | | | | | | | |
| I | | | | | | | |
| J | | | | | | | |
| K | | | | | | | |
| L | | | | | | | |

3. Rendimentos mensais líquidos do agregado familiar

| Rendimentos | | | Montante em € |
|--------------|--------------------------------------|-------------------------------------|---------------|
| 1 | Trabalho | Subordinado | |
| | | Independente | |
| 2 | Bens imobiliários e mobiliários | | |
| 3 | Rendas temporárias ou vitalícias | | |
| 4 | Rendimentos de aplicação de capitais | | |
| 5 | Pensões | 1 Reforma | |
| | | 2 Invalidez | |
| | | 3 Velhice | |
| | | 4 Sobrevivência | |
| | | 5 Alimentos | |
| | | 6 Social | |
| | | 7 Outras | |
| 6 | Prestações sociais | 1 Subsídio de desemprego | |
| | | 2 Subsídio de doença | |
| | | 3 Rendimento social de inserção | |
| | | 4 Abono de família | |
| | | 5 Complemento solidário para idosos | |
| | | 6 Subsídios de renda de casa | |
| | | 7 Bolsa de estudo e formação | |
| | | 8 Fundo de garantia | |
| 7 | Outros rendimentos | | |
| TOTAL | | | |

4. Despesas mensais do agregado familiar

| Despesas | | Montante em € |
|--------------|--|---------------|
| 1 | Habitação (renda, amortização) | |
| 2 | Água | |
| 3 | Luz | |
| 4 | Gás | |
| 5 | Condomínio | |
| 6 | Medicação e/ou outras despesas de saúde character continuado | |
| 7 | Equipamentos de apoio à família | |
| TOTAL | | |

5. Tem dívidas ao município/ empresas do sector empresarial local de Sintra?

Sim Não

6. Identificação da farmácia, de entre as aderentes ao programa “Farmácia Acessível”, onde pretende adquirir os medicamentos: _____

Declaro tomar conhecimento e aceitar as condições do *Programa de Regulamento Municipal Farmácia Acessível*, assumindo por minha honra que as informações prestadas correspondem à verdade e que não benefício de quaisquer apoios análogos, concedidos por outras entidades para os mesmos fins.

Pede Deferimento, _____ de _____ de _____

O Candidato,

Conferi os documentos: (*assinatura legível*):

Categoria: _____

IMP.PG.02.0051.00

| | |
|---|--|
|  <p>SINTRA CÂMARA MUNICIPAL</p> | RECIBO DE ENTREGA REG° SM _____ |
| | ASSUNTO: <i>Programa de Regulamento da Farmácia Acessível</i> – Formulário de Candidatura |
| | Assinatura do Funcionário: _____ Categoria: _____ Data: ____/____/____ |

Instruções:

EXIBIÇÃO E JUNÇÃO:

- Exibição dos documentos de identificação dos elementos do agregado familiar, e junção de fotocópia, no caso de cidadãos estrangeiros, passaporte e autorização de residência ou outro título que ateste a residência em território nacional;**
- Fotocópia do cartão da segurança social e do cartão de utente do SNS;**
- Fotocópia dos documentos comprovativos de rendimentos mensais auferidos pelos membros do agregado familiar (nomeadamente, declaração de IRS do último ano ou, se for o caso, declaração de isenção emitida pela administração tributária; recibos de vencimento, recibos de pensões e de subsídios de desemprego ou de outras prestações sociais);**
- Fotocópia do cartão de eleitor e atestado de residência emitido pela respetiva Junta de Freguesia, com confirmação do agregado familiar;**
- Fotocópia de documento que comprove que o candidato vive no município há mais de 2 anos;**
- Fotocópia dos documentos comprovativos das despesas mensais dedutíveis;**
- Prescrição Médica**

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
- A resposta aos dados integrantes no formulário é obrigatória sob pena de rejeição da inscrição.
- Os dados disponibilizados podem ser, a todo o tempo, acedidos, eliminados ou alterados pelo interessado, podendo este exercer o seu direito pessoalmente ou por escrito.
- Os presentes dados irão ser objeto de tratamento informático, tendo o titular dos dados o direito de informação no âmbito da 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.

PARA USO EXCLUSIVO DOS SERVIÇOS

7. Consulta a outras entidades (art.º 11º)

| Entidade | Informação |
|---|-------------------|
| Instituto da Solidariedade e Segurança Social | |
| Junta de Freguesia | |
| Outras | |

8. Relatório Social

8.1. Visita Domiciliária

8.2. Articulação com Parceiros Locais

9. Parecer Técnico:

| | |
|---|------------------------------------|
| <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> | |
| Data ____/____/____ | Gestor do Processo _____ |

10. Despacho:

| | |
|---|---|
| <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> | |
| Data ____/____/____ | Chefe da Divisão _____ |
| <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> | |
| Data ____/____/____ | Diretor de Departamento _____ |
| <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> | |
| Data ____/____/____ | Presidente/Vereador _____ |