

PROJETO TAMPINHAS E EMBALAGENS

REQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO(S) MÉDICO(S)/ORTOPÉDICO(S) OU SIMILAR(ES)

PESSOAS COLETIVAS/ SINGULARES COM IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

I. Elementos de identificação do beneficiário do(s) equipamento(s):

Nome do beneficiário: _____

Data de nascimento¹: _____

Morada completa: _____

II. Possíveis fornecedores do(s) equipamento(s) por ordem de preferência:

1.º _____

2.º _____

3.º _____

III. Declaração de autorização

A AMBISOUSA e os Municípios Associados atuam tendo por base princípios de desenvolvimento sustentável e de responsabilidade social, em cumprimento da legislação nacional e comunitária em matérias de gestão de resíduos, bem assim os seus regulamentos internos, na prossecução de interesses públicos. Os dados recolhidos através do presente formulário (e eventuais documentos instrutórios²) visam a integração na base de dados da AMBISOUSA, cuja finalidade é a execução do projeto “Tampinhas e Embalagens” e o

¹ Se tiver menos de 16 anos de idade o consentimento constante deste formulário será prestado pelos titulares das responsabilidades parentais da criança, bem assim nos casos em que o beneficiário, pese embora maior de 16 anos de idade, não consegue assinar por limitações motoras e/ou outras causas.

² Poderão inserir-se numa categoria especial de **dados pessoais sensíveis**, designadamente os dados relativos à saúde, pelo que devem obedecer aos critérios regulamentares. Não obstante, é recolhido o consentimento do titular para tratamento dos mesmos, por se verificar que a documentação médica nem sempre obedece àqueles aludidos critérios.

PROJETO TAMPINHAS E EMBALAGENS

REQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO(S) MÉDICO(S)/ORTOPÉDICO(S) OU SIMILAR(ES)

PESSOAS COLETIVAS/ SINGULARES COM IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

cumprimento de outras obrigações legais que daí advenham, nos termos do Regulamento associado à iniciativa. Nesse âmbito **declaro que autorizo a recolha, tratamento, conservação dos meus dados pessoais, e a eventual cedência dos mesmos, para execução do projeto “Tampinhas e Embalagens” nos termos regulamentados, pelo que declaro que li, previamente a prestar o meu consentimento, e aceito os termos da Política de Privacidade e tratamento de dados pessoais e que tomei conhecimento Regulamento do Projeto “Tampinhas e Embalagens”.**

ASSINATURAS:

I. ASSINATURA do Beneficiário

(com idade igual ou superior a 16 anos e com capacidades motoras para assinar):

OU

I. ASSINATURA do/s titular/es das responsabilidades parentais do Beneficiário

(com idade inferior a 16 anos ou com idade superior mas sem capacidades motoras para assinar):

(preencher se aplicável – caso não sejam os responsáveis pela Candidatura)

PROJETO TAMPINHAS E EMBALAGENS

REQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO(S) MÉDICO(S)/ORTOPÉDICO(S) OU SIMILAR(ES)

PESSOAS COLETIVAS/ SINGULARES COM IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

Nome dos Responsáveis - titulares das responsabilidades parentais:

Morada completa: _____

Contato telefónico: _____

E-mail: _____

NOTA 1: No caso de se tratar de pessoa singular, em anexo à presente requisição deve ser junta receita médica a comprovar a necessidade do equipamento, conforme disposto na cláusula 3.^a do regulamento do projeto “Tampinhas e Embalagens”.

NOTA 2: Devem ainda ser obrigatoriamente juntos ao presente formulário os orçamentos dos possíveis fornecedores enumerados acima.