

Serviço de Apoio Domiciliário

Ficha de Inscrição – Candidatura

Nº de Registo: _____

Data: ____/____/____

1. Dados de Identificação:

Nome completo: _____

Nome pelo qual deve ser tratado: _____ Profissão: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Sexo: _____ Idade: _____ Anos

Morada: _____

Código Postal: _____ - _____ Telefone casa: _____

B.I./C.C.: _____ NIF: _____ Telemóvel: _____

Nº de Cartão de beneficiário de Segurança Social: _____

Nº de Cartão de Utente do SNS: _____ Subsistema Saúde: _____

2. Motivo do pedido:Resposta solicitada: Temporária ☐ Permanente ☐

Fundamentação: _____

_____**3. Dados de Identificação do Responsável pela candidatura:**

Nome: _____ Parentesco/relação: _____

Morada: _____ Código Postal: _____ - _____

Telefone: _____ E-mail: _____

Obs.:

Tem algum familiar, amigo ou conhecido residente na ASAS ou seu utente? Sim ☐ Não ☐

Se sim, nome(s): _____
