

## PROJETO INCLUIR + - ESTIMULAÇÃO SALA DE SNOEZELEN E SALA DE INTEGRAÇÃO SENSORIAL

<b>A PREENCHER PELOS SERVIÇOS</b>	
Processo N.º:	
Data de entrega do processo de candidatura: ___/___/201__	
Recebido por:	

<b>1. IDENTIFICAÇÃO DO/A REQUERENTE</b>	
Nome	
Data de Nascimento	
Morada	
Localidade	Freguesia
Código Postal	Município
Contacto telefónico	
Email	

<b>2. IDENTIFICAÇÃO DO/A CANDIDATO/A</b>			
Nome			
Data de Nascimento		N.º de Identificação Fiscal	
Documento de Identificação Tipo	Número	Emissor	Válido até
Morada			
Localidade		Freguesia	
Código postal	Município		
Telefone	Telemóvel	Email	
Pessoa com deficiência ou incapacidade e/ou problemas sensoriais ou do foro neurológico Especifique:			
Nome do representante legal (no caso do/a candidato/a ser menor/incapaz)			

### 3. SITUACÃO

Criança/jovem a frequentar a rede escolar e solidária do Município  
Onde?

Criança acompanhada pela Equipa Local de Intervenção (ELI) de Albergaria-a-Velha

Utente da APPACDM – Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental de Albergaria-a-Velha

Idoso integrado em Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) do Município  
Qual?

Criança / adulto / idoso que não se enquadre nas situações referidas anteriormente.  
Sumário da situação:

### 4. PEDIDO A QUE SE CANDIDATA

SALA DE SNOEZELEN

SALA DE INTEGRAÇÃO SENSORIAL

Preferência, não vinculativa, de dia da semana, horário e /ou período do dia\*

\* Sujeito à disponibilidade das Salas e à adequação de outras candidaturas.

### 5. DOCUMENTAÇÃO ANEXA

1.  Relatório médico especializado

2.  Seguro individual de acidentes pessoais e número da apólice – a apresentar no ato da primeira utilização da Sala de Snoezelen e / ou da Sala de Integração Sensorial

3.  Declaração de honra - Acompanhante

Solicito que seja considerada a documentação constante do Processo do Utente e que se encontra válida, pelo que não entrego o(s) documento(s) número(s) \_\_\_\_\_

### 6. AUTORIZAÇÃO DO RESPONSÁVEL LEGAL, NO CASO DO/A CANDIDATO/A SER MENOR/INCAPAZ

Para efeitos de candidatura, fica por mim autorizado a frequentar a Sala de Snoezelen e a Sala de Integração Sensorial, nas instalações da Rua Dr. Joaquim A. Miranda, em Albergaria-a-Velha.

### 7. DECLARAÇÃO

Declaro que não omito ou altera qualquer informação e que a candidatura reúne todos os requisitos necessários à sua admissão, dos quais tomei conhecimento.

### 8. ASSINATURA

Albergaria-a-Velha, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_

Assinatura

**A PREENCHER PELOS SERVIÇOS**

<b>7. CONFORMIDADE</b>			
<input type="checkbox"/>	Processo conforme	<input type="checkbox"/>	Processo <b>não</b> conforme
DATA ___ / ___ / ___	A ASSISTENTE TÉCNICA:		

<b>8. ADMISSÃO PELOS SERVIÇOS DO MUNICÍPIO</b>			
ACEITE	<input type="checkbox"/>	NÃO ACEITE	<input type="checkbox"/>
MOTIVO DE NÃO ADMISSÃO:			
DATA ___ / ___ / ___		A TÉCNICA:	

ALBERGARIA  
A·VE  
LHA

Eu, \_\_\_\_\_, na qualidade de acompanhante do/a candidato/a \_\_\_\_\_, declaro, por minha honra, que tenho conhecimentos sobre a utilização dos equipamentos da Sala de Snoezelen e da Sala de Integração Sensorial e que seguirei as instruções de utilização dos respetivos equipamentos.

Albergaria-a-Velha, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_

ASSINATURA

\_\_\_\_\_

ALBERGARIA  
A·VE  
LHA