

## 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                                                                                      |           |       |
| Morada                                                                                                  |           |       |
| Localidade                                                                                              | Freguesia |       |
| Código postal                                                                                           | Município |       |
| Telefone                                                                                                | Telemóvel | Email |
| Pessoa com deficiência ou incapacidade e/ou problemas sensoriais ou do foro neurológico<br>Especifique: |           |       |
| Nome do representante legal (no caso do/a candidato/a ser menor/incapaz)                                |           |       |

|                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>3. SITUAÇÃO</b>                                                                                                                                                                               |
| <input type="checkbox"/> Criança/jovem a frequentar a rede escolar e solidária do Município<br>Onde?                                                                                             |
| <input type="checkbox"/> Criança acompanhada pela Equipa Local de Intervenção (ELI) de Albergaria-a-Velha                                                                                        |
| <input type="checkbox"/> Utente da APPACDM – Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental de Albergaria-a-Velha                                                           |
| <input type="checkbox"/> Idoso integrado em Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) do Município<br>Qual?                                                                       |
| <input type="checkbox"/> Criança / adulto / idoso que não se enquadre nas situações referidas anteriormente.<br>Sumário da situação:                                                             |
| <b>4. PEDIDO A QUE SE CANDIDATA</b>                                                                                                                                                              |
| SALA DE SNOEZELLEN <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                      |
| SALA DE INTEGRAÇÃO SENSORIAL <input type="checkbox"/>                                                                                                                                            |
| Preferência, não vinculativa, de dia da semana, horário e /ou período do dia*                                                                                                                    |
| <small>* Sujeito à disponibilidade das Salas e à adequação de outras candidaturas.</small>                                                                                                       |
| <b>5. DOCUMENTAÇÃO ANEXA</b>                                                                                                                                                                     |
| 1. <input type="checkbox"/> Relatório médico especializado                                                                                                                                       |
| 2. <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> Declaração de honra - Acompanhante                                                                                                                                   |
| <input type="checkbox"/> 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) _____           |
| <b>6. AUTORIZAÇÃO DO RESPONSÁVEL LEGAL, NO CASO DO/A CANDIDATO/A SER MENOR/INCAPAZ</b>                                                                                                           |
| 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.    |
| <b>7. DECLARAÇÃO</b>                                                                                                                                                                             |
| Declaro que não omito ou altera qualquer informação e que a candidatura reúne todos os requisitos necessários à sua admissão, dos quais tomei conhecimento.                                      |

## Informação quanto ao tratamento de dados pessoais

O Município de Albergaria-a-Velha, responsável pelo tratamento dos dados no âmbito do Projeto Incluir +, informa que:

- a) A finalidade do tratamento dos dados pessoais é a receção da inscrição e gestão da participação no **Projeto Incluir+ Estimulação Sala de SNOZELEN e SALA DE INTEGRAÇÃO SENSORIAL**, tendo como fundamento legal o exercício de funções de interesse público, no âmbito da Divisão de Educação e Ação Social.
- O tratamento de eventuais dados de saúde tem por fundamento o consentimento do titular dos dados. O consentimento pode ser revogado por contacto com os serviços do Município. A retirada do consentimento pode impedir a continuação da participação no programa.
- A retirada do consentimento não compromete a licitude do tratamento efetuado com base no consentimento previamente dado.
- b) Os dados serão tratados por entidades terceiras/subcontratantes apenas por força de disposição legal ou por estrita necessidade da efetivação das finalidades referidas.
- c) Os dados pessoais recolhidos, serão conservados pelo tempo estritamente necessário, ou até que o titular retire o consentimento.
- d) Os dados pessoais, serão conservados pelo tempo estritamente necessário ou cumprimento de prazo fixado por Lei, ou até que o titular retire o consentimento, caso o mesmo se aplique.
- e) O titular dos dados pode exercer junto do Município os direitos de acesso, de retificação, de apagamento, de limitação do tratamento, de portabilidade, de oposição de retirada do consentimento e de reclamação para autoridade de controlo, sem prejuízo das finalidades e prazos de conservação acima referidos. O Encarregado de Proteção de Dados pode ser contactado através do endereço de correio eletrónico [dpo@cm-albergaria.pt](mailto:dpo@cm-albergaria.pt)

### 8. ASSINATURA

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

Assinatura

## A PREENCHER PELOS SERVIÇOS

### 7. CONFORMIDADE

|                          |                   |                          |                              |
|--------------------------|-------------------|--------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Processo conforme | <input type="checkbox"/> | Processo <b>não</b> conforme |
| DATA ____ / ____ / ____  |                   | A ASSISTENTE TÉCNICA:    |                              |

### 8. ADMISSÃO PELOS SERVIÇOS DO MUNICÍPIO

|                                    |                                     |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| ACEITE <input type="checkbox"/>    | NÃO ACEITE <input type="checkbox"/> |
| MOTIVO DE NÃO ADMISSÃO:            |                                     |
| <div style="height: 100px;"></div> |                                     |
| DATA ____ / ____ / ____            | A TÉCNICA:                          |

### DECLARAÇÃO DE HONRA

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

\_\_\_\_\_