

## 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: ___/___/20__	
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 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 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 Qual?
<input type="checkbox"/> Criança / adulto / idoso que não se enquadre nas situações referidas anteriormente. 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 20\_\_

Assinatura

### A PREENCHER PELOS SERVIÇOS

#### 9. CONFORMIDADE

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

#### 10. ADMISSÃO PELOS SERVIÇOS DO MUNICÍPIO

ACEITE <input type="checkbox"/>		NÃO ACEITE <input type="checkbox"/>	
MOTIVO DE NÃO ADMISSÃO:			
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 20\_\_

ASSINATURA

\_\_\_\_\_